LA REALIDAD DEL SEGURO EN ESPAÑA

Análisis de legislación, reclamaciónes y prácticas abusivas de aseguradoras

COLABORA:

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INC INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO

Este cuadernillo ha sido subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Su contenido es de responsabilidad exclusiva de la Asociación

REALIZADO POR EL EQUIPO TÉCNICO DE:

ADICAE

Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros de España

En el marco de los proyectos y campañas de ADICAE en 2007, patrocinados por el Instituto Nacional del Consumo para las Asociaciones de Consumidores nacionales más representativas y bajo el título "LOS CONSUMIDORES Y LAS HIPOTECAS, CRÉDITOS RÁPIDOS Y LOS SERVICIOS DE REUNIFICACIÓN DE DEUDAS ANTE LA COYUNTURA ALCISTA DE TIPOS", ADICAE planteó la necesidad de analizar, desde la perspectiva de la protección de los derechos de los consumidores, las causas y consecuencias para las economías domésticas del alto nivel de endeudamiento en un contexto de elevación paulatina de tipos de interés, esto es, un estudio panorámico y profundo de la realidad del crédito en España desde la perspectiva de los derechos económicos del consumidor. Como desarrollo de este objetivo, ha sido preciso un análisis detallado de la problemática expuesta desde diversas perspectivas (económicas, jurídicas, etc) cuyo desarrolllo, conclusiones y propuestas, se ha plasmado en el siguiente estudio, llevado a cabo por un grupo amplio del Equipo Técnico de ADICAE bajo la dirección de:

D. Manuel Pardos, presidente de ADICAE
D. Fernando Herrero, vicepresidente de ADICAE
Dña. Ana Solanas, directora de los Servicios Técnicos
D. Santiago Pérez, director de Proyectos
D. Francisco Sanz, director de Publicaciones

Equipo jurídico del proyecto:

D. Luis García Perulles, abogado
D. Agenor Gómez, abogado
D. David Casellas, abogado
D. Vicent Bellido, abogado
D. Carlos Zarco, abogado

Diseño y maquetación de la publicación:
D. Antonio Laguardia

ADICAE Servicios Centrales
c/ Gavín, 12 local - 50001 ZARAGOZA - Tfno. 976-390060, Fax: 976-390199
email: aicar.adicae@adicae.net - www.adicae.net

Presentación

El ser humano siempre ha buscado protegerse ante los riesgos que puede encontrarse. En un principio el seguro aparece como una solución ante los riesgos económicos que pudiesen surgir, pero los cambios sociales y el desarrollo de la sociedad de consumo han llevado a evolucionar a este sector, que ante nuevos fenómenos y necesidades. muchas creadas artificialmente, ha dado respuesta creando seguros para cualquier tipo de fenómeno de la vida de una persona.

Es evidente que en la sociedad actual el seguro se puede convertir en una herramienta útil, siempre que se sepa contratar y utilizar. Este aumento de su uso y contratación se hace cada vez más palpable en los diferentes resultados que hace el sector año a año, a pesar de que en España dicho sector no está tan avanzado como en los países que nos rodean. En la actualidad, las primas sobre el Producto Interior Bruto suponen un 5,2% sobre el total de éste. Y otros datos como el número de pólizas de automóvil, rondando los 30 millones o los más de 15 millones de seguros de multirriesgo del hogar justifican más que notablemente la exigencia de un estudio de estas características.

En este estudio ADICAE pretende analizar exhaustivamente la situación actual del seguro, en concreto, desde la óptica de los consumidores. Como ya he comentado anteriormente, el seguro es necesesario y útil en nuestra sociedad, pero como todo, en su justa medida y siempre que lo necesite el consumidor. En "La realidad del seguro en España", reflejo el amplio estudio de campo efectuado en todo el territorio nacional, se ponen de manifiesto los déficits de este sector, en los que los técnicos de la asociación se han encontrado con abusos sistemáticos y contínuos, desde la publicidad, pasando por la información previa antes de la contratación y durante ésta, acabando con el servicio prestado por la aseguradora durante la vigencia del contrato. El resultado, una situación de desequilibrio y desprotección por una parte, la más débil: el consumidor, que en muchas ocasiones se muestra impotente a la hora de hacer que se cumplan las condiciones de la póliza.

A este panorama de desamparo, a esta "selva de los seguros" en la que todo vale, hay que sumar el aliciente de la crisis económica, en la que las compañías van a querer mantener sus resultados, pero ¿a costa de quién? Cada vez más estamos viendo campañas publicitarias más atractivas pero más confusas, oferta de coberturas novedosas y a la vez desconocidas, el regalo envenenado en forma de primas más baratas pero con mayores exclusiones del riesgo, "cómodos" fraccionamientos del pago de la prima (que al final sale más cara) y pólizas con cláusulas cada vez más enrevesadas que pretenden eludir el pago en caso de siniestro.

Las conclusiones a las que se han llegado nada positivas evidencian numerosas carencias que deben ser subsanadas, puesto que la magnitud del problema lo requiere. Por eso, consideramos que las conclusiones y propuestas de solución a los diferentes problemas y abusos encontrados, y que se reflejan en el capítulo oportuno, deben ser tomadas en cuenta para afrontar adecuadamente futuros retos normativos que supongan una verdadera garantía a los derechos del consumidor.

Manuel Pardos
presidente de ADICAE

INDICE GENERAL

PRIMERA PARTE
LA REALIDAD ECONÓMICA DE LOS SEGUROS Y SU COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA

pág.5

I. LOS SEGUROS EN EL MARCO DE LA CRISIS ECONÓMICA

A) FACTORES ECONÓMICOS EN EL MERCADO DE SEGUROS
B) IMPACTO DE LA ECONOMÍA EN LA OFERTA DE SEGUROS
C) SEGUROS Y PRESUPUESTO FAMILIAR
D) ANÁLISIS DE SECTORES DESPROTEGIDOS
E) EL PROBLEMA DE LOS SEGUROS VINCULADOS

II. LOS CONSUMIDORES EXAMINAN EL MUNDO DE LOS SEGUROS

A) LOS CONSUMIDORES NO CONOCEN SUS SEGUROS
B) ¿CON QUIÉN CONTRATA EL CONSUMIDOR SUS SEGUROS?

SEGUNDA PARTE
LA PUBLICIDAD

pág. 93

I. PUBLICIDAD EN FOLLETOS

A) ANÁLISIS
B) VALORACIÓN

II. PUBLICIDAD EN INTERNET

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

III. PUBLICIDAD EN PRENSA ESCRITA

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

TERCERA PARTE
MALAS PRÁCTICAS EN LOS SEGUROS

pág. 149

I. CLAÚSULAS ABUSIVAS, TAMBIÉN EN LOS SEGUROS

II. ¿QUE SON LAS PRÁCTICAS ABUSIVAS?

III. ANÁLISIS DE MALAS PRÁCTICAS

ANEXOS

I. INFORMES ESTADÍSTICOS EN MATERIA DE RECLAMACIONES pág. 165

II. CASOS DE MALAS PRÁCTICAS RESUELTOS EN ADICAE pág. 177

III. DATOS ASESORÍA ADICAE pág. 183

IV. JURISPRUDENCIA EN MATERIA DE SEGUROS pág. 189

V. LA INDEFINICIÓN DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y SU REFORMA ANTE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS pág. 205

VI. ARBITRAJE DE CONSUMO: ALTERNATIVA AL SISTEMA ACTUAL DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS pág. 237

VII. CONVENIOS ENTRE ASEGURADORAS pág. 251

PRIMERA PARTE

LA REALIDAD ECONÓMICA DE LOS SEGUROS Y SU COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA

Estructura del estudio sobre la realidad económica de los seguros

La importancia que están adquiriendo los seguros en la vida de las familias españolas cada vez es más evidente. Esta presencia de los seguros en el día a día logicamente tiene connotaciones económicas, siendo el sector de los seguros uno de los sectores más importantes en la economía española, pero también es uno de los gastos al que las familias españolas hacen frente en sus presupuestos familiares. Con este estduio pretendemos reflejar la realidad económica del seguro desde la perspectiva de los consumidores, desde como afecta a sus bolsillos, pasando por los nuevos productos que ofrece el sector ante una realidad económica de crísis hasta llegar a la comercialización que se hace de estos nuevos seguros. No solo se va a hacer hincapié en las novedades, sino también en los viejos vicios del sector de los seguros, que merecenser erradicados de una vez por todas, y de la opinión de los usuarios sobre esta situación actual. De ahí, que este texto no solo pretenda ser un mero estudio, sino un pretexto para lanzar propuestas e ideas de solución, recogidas al final de todos los capítulos del libro, a todos los actores del sector (compañías aseguradoras, legisladores, organismos de supervisión, consumidores, etc) sobre los abusos y defectos del mundo de los seguros, que tienen en el consumidor en la parte más débil y desprotegida.

INDICE

I. LOS SEGUROS EN EL MARCO DE LA CRISIS ECONÓMICA

A) FACTORES ECONÓMICOS EN EL MERCADO DE SEGUROS
B) IMPACTO DE LA ECONOMÍA EN LA OFERTA DE SEGUROS
C) SEGUROS Y PRESUPUESTO FAMILIAR
D) ANÁLISIS DE SECTORES DESPROTEGIDOS
E) EL PROBLEMA DE LOS SEGUROS VINCULADOS

II. LOS CONSUMIDORES EXAMINAN EL MUNDO DE LOS SEGUROS

A) LOS CONSUMIDORES NO CONOCEN SUS SEGUROS
B) ¿CON QUIÉN CONTRATA EL CONSUMIDOR SUS SEGUROS?

I. LOS SEGUROS EN EL MARCO DE LA CRISIS ECONÓMICA

A) FACTORES ECONÓMICOS EN EL MERCADO DE SEGUROS

El mercado de los seguros en España tiene una amplia trayectoria en el tiempo aunque, desde luego, no ha alcanzado el grado de madurez que consideramos ha alcanzado en otros países con mayor tradición al respecto. Este relativo retraso no es positivo, por supuesto, para la patronal (que registra una demanda de sus productos por debajo del nivel potencial en relación a las características de un país como España); aunque este hecho tampoco es positivo para los consumidores ya que no están accediendo de manera óptima a unos recursos disponibles que son beneficiosos en cuanto a su bienestar a largo plazo y para evitar eventuales situaciones de pérdida de poder económico y exclusión social en el futuro.

PRINCIPALES FACTORES

Mediante este análisis, se pretende realizar un estudio teniendo en cuenta los diversos factores económicos más importantes que pueden influir en la contratación de seguros y en el precio final para los consumidores.

A este respecto, vamos a distinguir el corto plazo (hasta 2 años), medio plazo (hasta 5 años) y largo plazo (a partir de 5 años); aunque para algunos casos concretos estas referencias pueden variar dependiendo del caso.

Podemos identificar una serie de factores que actualmente frenan el desarrollo del mercado de los seguros en España. Podemos distinguir entre:

FACTORES MACROECONÓMICOS

Económicos

-Baja propensión al ahorro interno. Actualmente, España es un país que debe acudir a los mercados de capitales internacionales para financiarse ya que el ahorro interno es insuficiente para financiar el consumo e inversión de los ciudadanos en su conjunto. Indirectamente, ello puede relacionarse con una menor contratación en seguros ya que este tipo de productos suponen en cierta manera una inversión ante posibles eventualidades en el futuro; y como podemos observar es el consumo la partida que en los últimos años ha tenido mayor dinamismo en la economía española.

Socio-Culturales

-Desconocimiento de riesgos inherentes a la persona y al patrimonio: Podemos considerar que aún no existe una concienciación y una verdadera cultura de la previsión .

-Percepción de un Estado paternalista en el campo de la previsión social: A pesar de que tradicionalmente Europa ha sido la cuna de estados con una amplia cobertura a las necesidades de sus ciudadanos y grandes garantías sociales, algunas iniciativas por parte de la Comisión Europea en los últimos años hacen pensar en un cierto estancamiento de las coberturas a los ciudadanos, si no algún retroceso en ciertos derechos. Ante este panorama, debemos destacar que son necesarios los mecanismos que incentiven la concienciación de esta nueva situación a los ciudadanos así como una estrategia por parte del Gobierno para encauzar esta tendencia ordenadamente y a lo largo del tiempo.

-Falta de una cultura de protección, dada la tradicionalmente escasa protección social de terceras partes (por ejemplo, el Estado). Ante eventualidades y perjuicios económicos, se solía pedir ayuda a familiares; o ello directamente suponía la ruina económica de la familia (por ejemplo, ante la muerte del cabeza de familia); sólo quedaba como recurso la caridad. Además, la maltrecha economía de las clases medias-bajas no permitía en muchos casos contratar un mecanismo de previsión privada como es el seguro.

-Sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe: En los últimos años se ha dado en España una gran fenómeno de inmigración de países con una cultura, seguridad jurídica y costumbres muy diferentes de las españolas por lo que debe prestarse especial atención a las características de este nuevo segmento poblacional. Debemos considerar que debido a su normalmente menor nivel económico y educacional, los inmigrantes suelen quedar fuera de las posibilidades que brindan los seguros de todo tipo y por ello deben realizarse políticas de integración orientadas a este respecto.

-Desconfianza justificada de los consumidores ("Las Aseguradoras no pagan"). Las continuadas malas prácticas por parte del conjunto de las aseguradoras han socavado la confianza colectiva en los seguros. Por ejemplo, en muchos casos los propietarios de un coche eligen el seguro más barato que encuentran sin distinguir entre compañías, ya que existe la creencia popular de que cualquier compañía te dará la misma cantidad de problemas a la hora de pagar por un siniestro.

Seguridad Jurídica

-Mecanismos legales sobre aspectos de seguros sin regulación propia.

-Cambios repentinos en las reglas de juego por parte del Gobierno; simplemente podemos mencionar el cambio de fiscalidad de los planes de jubilación.

-Insuficientes mecanismos de resolución extrajudicial de conflictos (sobre todo, arbitraje): La lentitud y alto coste hacen que el arbitraje sea la única solución realmente válida para el consumidor.

-Posibles quiebras de aseguradoras ante la crisis económica.

-Convenios entre aseguradoras. Acuerdos entre compañías que perjudican al consumidor a la hora de cobrar la indemnización de un siniestro, sobre todo en el ramo del automóvil.

-Escándalos de supuestas estafas colectivas multimillonarias en el sector del ahorro popular.

Seguridad

-Altos volúmenes de siniestralidad y bajos índices de rescate.

-Ineficacia de las políticas nacionales de seguridad en la conducción y en el ámbito laboral en cuanto a prevención de riesgos y reducción de la siniestralidad.

Jurídicos

-Falta de una legislación técnica, moderna y actualizada.

-Falta de igualdad jurídica; situación de indefensión y abuso hacia el consumidor.

Supervisión

-Vías insuficientes de control, supervisión y actuación del organismo específico (Dir. Gral. de Seguros).

Financieros

Dentro del marco del sistema financiero no se le concede a la industria del seguro la importancia necesaria en su participación en el proceso de captación del ahorro nacional.

FACTORES MICROECONÓMICOS

Fomento Cultural

-Escaso fomento del uso del seguro en los campos donde está menos extendido y visión popular de los seguros como algo negativo.

Estrategia Competitiva

-Aplicación de una estrategia comercial concentrada en la mera captación de primas, en lugar de ofrecer rentabilidades, a través de la reducción de tasas, costes, gastos, etc.

Intermediación

-Poco interés en la promoción de la actividad del seguro en mercados masivos de menor ingreso; además de una alta concentración en sectores económicamente fuertes, con capacidad de pago y físicamente en áreas de mayor productividad.

-Poca colaboración entre las aseguradoras y empresas comercializadoras en cuanto a la mejora de la calidad de los canales de distribución para los consumidores.

-Problemas en cuanto a la comercialización; por ejemplo, por prácticas comerciales abusivas (malas prácticas en la comercialización, prácticas engañosas, etc.) que dan una mala imagen al conjunto de las aseguradoras y transmiten desconfianza hacia los consumidores.

Propensión al ahorro familiar

Durante los últimos diez años, ha habido una disminución de la propensión al ahorro de los consumidores, ya que por las buenas expectativas de la fase de “vacas gordas” se tendía a consumir más y a ahorrar menos. Sim embargo, al contrario de lo que sucede en las fases cíclicas expansivas, y en contra de la creencia de que en épocas de crisis no se puede ahorrar, la tasa de ahorro de los hogares aumenta en las fases recesivas (efecto precaución). Por ello, podemos augurar que la actual coyuntura será favorable para la contratación de servicios o productos financieros que deriven del ahorro (como los seguros); aunque ello tal vez se contrarreste por la menor renta de los hogares por la coyuntura económica desfavorable.

Nuevos productos y mercados

-Vinculación con nuevos productos de implantación masiva como son las tarjetas de crédito u otros como hipotecas y préstamos. Debemos recordar que son consideradas malas prácticas el hecho de obligar al consumidor a contratar productos que no desea; además a largo plazo el consumidor quedará insatisfecho con la compañía y buscará otras opciones que le supongan un menor coste.

Técnicos

-Falta de conocimiento en aspectos técnicos sobre Seguros de los consumidores. Que debería suplirse con mayor información a la hora de contratar. Un consumidor no debería ni podría contratar sin conocer las verdaderas consecuencias de la aceptación de la póliza.

B) IMPACTO DE LA ECONOMÍA EN LA OFERTA DE SEGUROS

A continuación vamos a tratar los aspectos más destacados de los principales tipos de seguros, según su importancia y repercusión por la coyuntura económica actual.

Seguro de incendios: La evolución de este tipo de seguros está básicamente ligada al número de hipotecas vigentes, ya que es un seguro establecido obligatoriamente por la ley cuando se contrata una hipoteca. Justamente en la actual coyuntura, en la que nos encontramos con un gran stock de viviendas en manos de los constructores, deberíamos atender al número de hipotecas suscritas totales y no solamente las suscritas por los consumidores.

Por ello, podemos decir que en los últimos años ha habido un gran crecimiento en esta rama de productos aunque puede aventurarse un gran estancamiento en los próximos años por el parón en la construcción de nuevas promociones residenciales y, por tanto, de nuevas pólizas de seguros de incendios.

Seguro de automóvil: Se puede prever que a corto y medio plazo habrá un estancamiento en la contratación de seguros de automóvil ya que debido a la situación económica actual la adquisición de nuevos vehículos ha caído sensiblemente este año, y las perspectivas no son positivas a corto plazo.

Además, podemos augurar que aumentará la proporción de seguros a terceros y terceros completo frente a los seguros todo riesgo, ya que la flota automovilística envejece (se compran pocos coches nuevos y se mantienen los viejos) por lo que se sustituirán progresivamente los seguros con mayores prestaciones (todo riesgo con y sin franquicia) y se sustituirán por seguros de menor coste (terceros, ampliado o no) en muchos casos; a este fenómeno también contribuirá el hecho de que los ciudadanos busquen vías para recortar gastos y el seguro automovilístico sea una de estas vías.

Por ello, podemos establecer un grado de correlación bastante alto entre producción automovilística, adquisiciones de automóviles y contratación de nuevas pólizas de seguros. Podemos predecir, por tanto, que la contratación de nuevas pólizas aumentará cuando mejore la coyuntura económica.

DATOS DE PRODUCCIÓN AUTOMOVILÍSTICA

	DICIEMBRE	% 08/07	ACUMULADO	% 08/07
TURISMOS	67.270	-38,57	1.943.049	-11,51
TODOTERRENO	1.069	-85,30	70.812	-37,33
COMERCIALES LIGEROS	9.185	-50,52	301.325	-6,13
FURGONETAS	3.953	-62,70	151.191	-8,70
VEH. INDUST. LIGEROS	938	-76,80	50.959	-25,92
VEH. INDUST. PESADOS	303	-74,54	16.133	6,17
TRACTOCAMIONES	289	-65,68	6.791	-22,89
AUTOBUSES	114	46,15	1.384	-10,48
TOTAL	83.121	-45,35	2.541.644	-12,04

Fuente: ANFAC

Debemos tener en cuenta que los datos de producción no son totalmente deterministas en cuanto al número de nuevas pólizas ya que gran parte de esta producción automovilística permanecerá en stock durante los próximos meses, por la escasa marcha del mercado).

En cuanto a los efectos para los consumidores, podemos destacar que, dada la mayor competencia del mercado para una cifra de negocios bastante estancada que las primas seguirán bajando los próximos años. No obstante, deben estar atentos a que la aseguradora mantenga o disminuya el precio manteniendo también las prestaciones y la calidad del servicio. Las aseguradoras que se vean tentadas a esto último deberán asumir que probablemente perderán los clientes en favor de otra aseguradora, por lo que necesitarán moderar sus beneficios y ajustar costes y precios.

PRECIO MEDIO DEL SEGURO DE COCHE

Combinación del crecimiento de primas, IPC y parque automovilístico

Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
P medio	-1,9	7,9	10,9	4,2	1,4	0,7	-2,4	-4,7	-1,9	-5,9

Fuente: Expansión, Martes 9 de Diciembre de 2008, obtenido de Icea y ANFAC

Seguros de lucro cesante: Este seguro trata de cubrir la pérdida de rendimiento económico que hubiese podido alcanzarse en un acto o actividad de no haberse producido el siniestro. Este tipo de seguros se da fundamentalmente en coyunturas económicas favorables en los que la ganancia ya se descuenta, es decir, que se da como cierta o muy probable. En la actual situación es manifiesto (para los principales suscriptores de estas pólizas que son las empresas) que se están tomando posiciones más conservadoras y con menos tendencia a asumir riesgos, por lo que puede aventurarse una evolución positiva de este tipo de seguros ligado al estancamiento económico actual.

Seguro de caución: Protege al asegurado contra el incumplimiento de obligaciones legales o contractuales del tomador del seguro. Podemos predecir un aumento a corto plazo de las pólizas de este tipo de seguros ya que la crisis económica ha elevado la morosidad tanto de los hipotecados, como de clientes de empresas y deudores en general. Por ello, también podemos prever un aumento considerable de las primas porque el riesgo asegurado, es decir, la posibilidad de encontrarse ante impago, es mucho mayor en la actualidad.

En concreto, cada vez es más común, por imposición de la entidad generalmente, es el seguro de protección de pagos, asociado a la garantía de hacer frente a los pagos mensuales ante una eventualidad como puede ser la de la pérdida de empleo. Podemos decir que, al igual que los seguros de caución en general, las primas de seguros de protección de pagos aumentarán por la crisis económica, no ya por la nueva suscripción de hipotecas, pero sí por el endurecimiento de las condiciones de renegociación de las hipotecas antiguas por parte de las entidades. La crítica a esta situación es que, como antes se ha mencionado, en numerosos casos se obligaba al consumidor a suscribir un seguro de este tipo al contratar la hipoteca por lo que el consumidor tendrá poca capacidad de maniobra cuando quiera recortar gastos por esta partida.

Seguro de enfermedad y asistencia sanitaria: Éste es un seguro que en países como Estados Unidos, con unas prestaciones sanitarias públicas muy insuficientes, tiene gran dinamismo. Sin embargo, en España (que se sitúa en los principales puestos en cuanto a Sanidad pública se refiere) es todavía minoritario y sólo popular entre los ciudadanos de rentas más altas.

Sin embargo, la actual crisis económica propiciará que a corto y medio plazo, como en otros tipos de seguros, los ciudadanos con mayores apuros económicos (no olvidemos que el sobreendeudamiento es muy común entre ciudadanos de todos los espectros sociales) prescindan de estos seguros.

Seguro de vida: Este tipo de seguro en los últimos años ha sido afectado, igual que otros tipos de seguros (por ejemplo, seguro del hogar), por el fenómeno de la vinculación de productos al solicitar productos financieros como hipotecas, efectuar depósitos (para obtener un tipo de interés superior) y otros casos varios.

Tradicionalmente el seguro de vida no ha demostrado un gran dinamismo, pero como se comenta, desde que se comercializa asociado a otros productos financieros ha incrementado notablemente su contratación.

UTILIDAD PARA LOS CONSUMIDORES DE LAS NUEVAS OFERTAS DE SEGUROS

El mercado de los seguros se ha destacado tradicionalmente por ser un mercado en el cual no se producen demasiadas innovaciones o se ofrecen nuevos productos; más bien se adaptan los antiguos productos a las nuevas circunstancias modificando ligeramente sus condicionados o cláusulas. No obstante, en los últimos años por diversas razones (demanda de nuevos productos por parte de los usuarios, innovaciones de la mano del marketing empresarial) podemos hablar de seguros que han adquirido notable importancia por estas cuestiones:

Seguro de repatriación: Este seguro cubre la repatriación del cadáver del inmigrante en caso de producirse fuera de su país de origen. Este seguro evoluciona fundamentalmente teniendo en cuenta la población inmigrante residente en España y los principales datos económicos (en épocas difíciles, se trata de recordar gastos y los seguros son una vía habitual de los consumidores para ajustar su presupuesto).

Por ello, podemos afirmar que ha habido un despegue en la contratación del mismo en los últimos años (fundamentalmente por la llegada masiva de trabajadores de otras nacionalidades en los últimos 10 años) y se puede augurar un estancamiento e incluso disminución de las pólizas a medio plazo ya que con la actual coyuntura económicas ciertos inmigrantes retornarán a sus países de origen; además, los que se queden se verán especialmente afectados por la actual crisis económica por lo que recortarán gastos o se verán incapaces de asumir el coste de la póliza contratada.

Seguro de carné por puntos: Este seguro se ha estado comercializando durante un escaso periodo de tiempo aunque goza de gran popularidad desde la puesta en marcha del carné por puntos por parte de el Gobierno.

Asimismo, podemos destacar la creación de nuevos tipos de seguros por diversas compañías aseguradoras o de otra índole. Es bastante incierto el futuro de los mismos, ya que debemos distinguir cuándo se trata de casos que adaptan productos con éxito en otros mercados más maduros (países con una mayor tradición aseguradora) o cuándo se trata meramente de una operación de marketing. A veces también se trata de empresas que ofrecen otro tipo de productos o servicios tradicionalmente pero buscan ampliar su cuota de mercado ofreciendo algún tipo de seguro relacionado con la que es su actividad principal. En este apartado encontramos:

-Seguro de boda (Sabadell Aseguradora)
-Seguro por baja escolar (Educa-System, clases privadas)

Seguro de protección de pagos por divorcio o separación (Óptima Servivios Financieros; no inscrito en la DGS ni deja claro nada sobre la contratación).

En cuanto a los **planes de pensiones y fondos de pensiones**, puede augurarse a largo plazo un aumento en la contratación de los mismos, ya que se esta lanzando la idea a la opinión pública desde diversos sectores interesados, sobre todo desde la patronal de las aseguradoras, de que los sistemas de jubilación públicos de los países occidentales pueden ser insuficientes en un futuro para cubrir las necesidades de una población cada vez más envejecida.

Debería diferenciarse entre ciudadanos con rentas altas y ciudadanos con rentas más bajas, ya que el esfuerzo de dedicar mes tras mes una parte de su salario a un plan de pensiones privado es muy diferente para las rentas más altas respecto a las rentas más bajas. En concreto, debería garantizarse a futuro un mínimo cubierto por los sistemas de seguridad social, que garantizase un límite de subsistencia aceptable; esa cuantía se incrementaría con la cantidad percibida por los planes de previsión privados que se hubieren constituido en su caso.

No deberíamos pasar por alto que debería reconfigurarse este nuevo status quo para los ciudadanos de forma que se asuman a partes . Las aseguradoras están incidiendo en la necesidad de reformar el sistema de prestaciones, lo cual es cierto; pero ello no puede llevar a una pérdida de bienestar en general y recursos de los ciudadanos en favor de las aseguradoras.

Otro problema adicional es la escasa rentabilidad que pueden aportar este tipo de instrumentos de ahorro, que en estos últimos años ha resultado negativa en muchos casos. Debería considerarse que, ya que se está incentivando la contratación de este tipo de productos para garantizar el futuro, no debería en ningún caso disminuir el patrimonio acumulado. Por ello, podemos decir que esta cuestión junto con la fiscalidad desfavorable hacen cada vez menos atractivo este tipo de instrumentos para los consumidores.

LA OFERTA DE SEGUROS ACTUAL EN ESPAÑA

CONCLUSIONES

Una vez vistos la influencia de la economía en los seguros y viceversa se extraen las siguientes conclusiones:

■ Que el sector asegurador aún está poco desarrollado en cuanto a la oferta de productos con respecto a los países que le rodean, debido en parte a una falta de "cultura aseguradora" en España no sólo en los consumidores, que ven al seguro como algo desconocido, oscuro y poco útil e, incluso, algo que contrata pero sabe que le va a dar más problemas que soluciones, sino también por parte de las compañías aseguradoras, que con su forma de comercializar y posteriormente de dar el servicio a los usuarios no gozan de buena "publicidad" entre éstos.

■ Como consecuencia de lo explicado anteriormente el sector del seguro en España sigue teniendo un lastre importante que le impide desarrollarse óptimamente en beneficio de todos debido a la falta de transparencia por parte del sector (compañías, mediadores, banca-seguros y consumidores). Ésta daría mucha más confianza a los consumidores a la hora de contratar un seguro.

PROPUESTAS

Por todos los factores antes analizados, podemos proponer una serie de mejoras para conseguir un sector de los seguros en España más competitivo y eficiente y, por ello, que ofrezca mejores prestaciones y menores precios para los consumidores:

■ Urgente necesidad de contar con un marco jurídico actualizado y especializado en las materias que hayan quedado más desfasadas.

■ Potenciación de las colaboraciones y cooperación entre los diferentes actores en los seguros. Fruto de este diálogo es el conocimiento de las verdaderas necesidades de cada uno de ellos. Con ello se pretende que el sector asegurador cree seguros acordes con las necesidades de los usuarios y no lo que ocurre en la actualidad, crear necesidades acordes con los seguros inventados, en muchas ocasiones, por el sector.

■ Establecer un organismo regulador que controle efectivamente las prácticas comerciales del sector asegurador, ya que en muchos casos ante esa situación el consumidor no tiene recursos eficientes para defenderse al estar en una situación de inferioridad respecto de las aseguradoras.

■ Posición activa por parte de las Compañías de Seguros, Mediadores, consumidores (a través de las asociaciones de consumidores), etc de propuesta a todas las Administraciones Públicas responsables dentro de su ámbito de medidas para fomentar el descenso de la siniestralidad, delincuencia,

■ Desarrollo de Estadísticas Nacionales, que en la actualidad están dispersas y son insuficientes para un conocimiento mucho más profundo del sector.

■ Mayor profesionalidad de las Aseguradoras y mayor formación de sus canales de intermediación y comercialización, promoviendo la independencia de los corredores de seguros y la profesionalidad de los agentes de seguros.

■ Mayor control e inspección de la solvencia de las pequeñas aseguradoras, más proclives a la quiebra en época de crisis.

C) SEGUROS Y PRESUPUESTO FAMILIAR

El ritmo acelerado de la sociedad actual multiplica los riesgos que amenazan a nuestra salud, nuestra vida, nuestro patrimonio o nuestra renta, además el hombre aspira irremediablemente a la seguridad y a la previsión del futuro de la mejor manera posible, por lo que la propia sociedad ha creado un mecanismo para poder 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 pueden llegar a asegurar hasta lo más inverosímil. Pero, **¿que comportamiento tienen los españoles en materia de seguros?, ¿cuales son los sectores de este ramo a los que dedican mayor parte de sus ahorros?**

El objetivo de este estudio es dar una respuesta global a estas preguntas, analizar cual es la actitud de los españoles en materia de seguros, cuales son los distintos tipos de seguros a los que dedicamos mayor parte de nuestros ingresos y porque. Todo ello orientado al consumidor para que pueda desenvolverse con mayor facilidad en el arduo mundo de los seguros.

Para la consecución de este objetivo desde ADICAE consideramos que es necesario que se conozcan y comparen todos los seguros existentes, sus costes, y se valore la utilidad o no de su contratación. Ello no sólo para que los consumidores conozcan lo que contratan, sino porque la contratación o no de estos seguros puede afectar de manera muy significativa a los presupuestos mensuales de las familias de este país.

Muchos de los consumidores españoles todavía no perciben los seguros como sinónimo de calidad de vida, que sería un concepto avanzado de los mismos, sino en muchas ocasiones como un daño o desgracia, y por otro lado, y de manera muy habitual, no comprenden sus entresijos y complejos formulismos. Gran parte de la culpa de esta situación la tienen las propias compañías aseguradoras, debido a su falta de transparencia y la ausencia de una verdadera atención al cliente. La comercialización excesivamente agresiva y escasamente profesionalizada, hacen que el asegurado sea algo así como un incauto al que hay que venderle cualquier tipo de producto, le convenga o no. 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 las vidas de las personas y para sus economías.

Pero para determinar la importancia del seguro en las economías de los hogares españoles, es necesario estudiar su peso dentro del consumo final. Las estadísticas multinacionales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) establecen que España se encuentra en el término medio en lo que se refiere al peso del gasto en seguros sobre el consumo final de los hogares, aunque el gasto en seguros no es el mismo entre las diversas Comunidades Autónomas. Los seguros en nuestro país han tenido un avance espectacular en los últimos tiempos, aunque falta mucho para alcanzar los niveles de los países más desarrollados de nuestro entorno.

El nivel socioeconómico, la actividad laboral e incluso las condiciones climatológicas o culturales influyen a la hora de contratar un determinado tipo de seguros. A través de este estudio vamos a poder observar por qué y cómo influyen estas condiciones a la hora de contratar nuestros seguros, así como el papel que ocupan los distintos ramos del mismo (salud, automóvil, hogar…) en las economías de los españoles.

El estudio se centra en los seguros y el presupuesto familiar, analizando individualmente los dos grandes ramos del seguro; los seguros de no vida (salud, automóvil, multirriesgo, decesos, defensa jurídica y responsabilidad civil general) y los de vida.

Los datos han sido obtenidos de organismos e instituciones tales como UNESPA, Consorcio de Compensación de Seguros, La Dirección General de Seguros y Planes de Pensiones, ICEA entre otros.

DATOS DEL SEGURO EN ESPAÑA

Primas mill euros[1]	52.584
Pagos por siniestros[2]	40.100
Inversiones financieras mill euros[3]	184.809
Número de entidades[4]	298
Empleo directo (plantilla)	48.049
Primas por habitante euros	1.209 *
Primas sobre PIB	5,2%

[1] Cifras 2007.
[2] Datos a 30 de septiembre del 2007 anualizados.
[3] A 30 de septiembre.
[4] A 31 de diciembre del 2006.
[5] De 30 de septiembre del 2006 al 30 de septiembre del 2007.

* En las encuestas realizadas por ADICAE este nº es de 1035

Fuentes: DGS y FP e ICEA.

ASEGURADOS SEGUROS NO VIDA

Automóviles (2007)	28.347.255
Salud (asegurados 2006)	10.423.080
Multirriesgos (hogares) (2006)	15.458.590

ASEGURADOS SEGUROS VIDA

Clientes con cobertura de fallecimiento	23.079.731
Clientes con cobertura de jubilación	8.948.697

DATOS DEL SEGURO EN ESPAÑA Y EN EL PRESUPUESTO FAMILIAR

El nivel socioeconómico de los hogares influye directamente en la adquisición de algunos seguros, por ejemplo, en el caso de los hogares de menor renta hay un mayor nivel de contratación de seguros de decesos, y los de salud, en el caso de los hogares de mayor poder adquisitivo. Este efecto se aprecia claramente desde el punto de vista regional, ya que las comunidades más ricas, como ocurre en Madrid o Cataluña, tienden a contratar más seguros de salud, mientras que en el caso del seguro de decesos son las regiones más pobres las poseen mayores cifras.

Tabla/Gráfico 33: Distribución de los hogares que compran seguros, por comunidades autónomas.

	AUTOS	DECESOS	HOGAR	SALUD
Andalucía	11,50%	16,70%	11,30%	12,10%
Aragón	5,10%	3,40%	5,20%	4,90%
Asturias	4,90%	5,30%	4,60%	2,30%
Baleares	3,70%	2,40%	2,80%	6,60%
Canarias	4,00%	6,10%	3,00%	3,50%
Cantabria	2,10%	2,50%	2,70%	3,70%
Castilla y León	7,20%	5,20%	8,10%	4,40%
Castilla La Mancha	4,90%	6,10%	3,90%	2,60%
Cataluña	11,20%	9,40%	12,30%	20,10%
Comunidad Valenciana	9,90%	9,70%	10,00%	5,50%
Extremadura	2,70%	4,60%	2,90%	2,00%
Galicia	8,70%	6,80%	5,20%	4,20%
Madrid	7,50%	7,90%	8,90%	14,40%
Murcia	3,80%	4,90%	3,70%	3,70%
Navarra	2,60%	1,40%	3,40%	1,40%
País Vasco	6,00%	4,40%	8,00%	6,10%
La Rioja	3,00%	1,80%	3,00%	1,30%
Ceuta y Melilla	1,30%	1,30%	1,10%	1,40%

En el seguro de salud, sólo tres comunidades autónomas (Cataluña, Madrid y Andalucía) suman casi el 47% de los hogares que declaran gasto en este seguro, porcentaje que desciende al 35,8% en los seguros de decesos, 33,6% en el caso del seguro del hogar, 32,6% en el seguro del automóvil

El triunfo del seguro de salud a la hora de estar presente en los diferentes hogares sí parece estar bastante relacionado con la renta de las familias; aunque no es el único factor que influye, porque existen regiones con tasas normalmente bastante altas de renta por hogar que, sin embargo, tienen niveles de penetración comparativamente más bajos (es el caso, por ejemplo de La Rioja).

Un factor que debe de tenerse en cuenta, es la vinculación entre seguro de salud y población funcionaria (de la Administración General del Estado) a través del sistema de mutualidades tipo MUFACE. Esto explicaría, tal vez, que algunos territorios, como las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, tuviesen niveles de aseguramiento comparativamente altos.

Aunque es el seguro del automóvil el producto más ampliamente extendido en los hogares españoles debido a las progresivas mejoras en la tasa de motorización de la sociedad española.

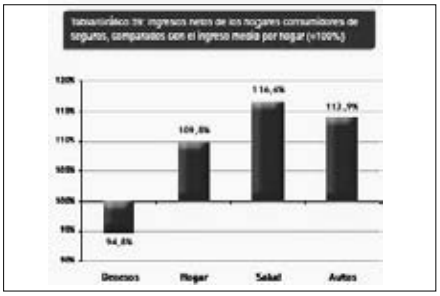
En el caso del seguro del hogar, no existen un patrón claro a la hora de contratar este tipo de seguros, aunque, un factor que puede influir claramente es la climatología: las regiones en las que el clima tiende a ser más duro o más adverso son más proclives, por lo tanto, a tener daños en sus casas, por lo que parece existir mayor tendencia al aseguramiento. En cambio la renta no parece ser un elemento que determine la contratación o no de este tipo de seguro.

Un factor que también puede tener influencia en relación con la suscripción de seguros es la estructura familiar. Existen contra-

tos de seguros en los que la suscripción familiar es importante (como ocurre en el caso de los seguros de decesos y de salud) o incluso de forma inducida (autos u hogar).

El nivel de ingresos netos, permite detectar diferencias en los perfiles socioeconómicos de los hogares que tienen determinados tipos de seguros.

El siguiente gráfico muestra dicha desviación, tomando como 100% la media ingresos netos de todos los hogares considerados en la ECPF.



Como se puede apreciar en el gráfico, los hogares consumidores de seguros tienden a tener ingresos superiores a la media de hogares, en porcentajes que oscilan entre el 10% y el 15%. El seguro de salud es el adquirido por los hogares con un mayor nivel de poder adquisitivo, seguido de los hogares con seguro del automóvil, que están un 14% por encima de los ingresos medios. Los hogares que tienen un seguro específico para la vivienda están un 10% por encima.

La excepción a esta regla es el seguro de decesos, el cual está presente en hogares comparativamente más pobres, concretamente un 5% más pobres que la media de hogares. Se trata, por lo tanto, de un seguro netamente popular, adquirido por familias e individuos no necesariamente de poder adquisitivo superior a la media.

Clasificación por tipos de seguros. Impacto en la economía doméstica

SEGUROS DE NO VIDA

Los seguros de salud en el presupuesto familiar

Los seguros de salud son aquellos en los que el asegurador paga como indemnización el reembolso de los gastos incurridos por el asegurado con ocasión de una enfermedad, tratamiento médico o incapacidad prevista en la póliza.

A pesar de que España cuenta con un sistema de salud pública que ofrece cobertura sanitaria a todos los ciudadanos y que es considerado uno de los mejores del mundo, el seguro privado de salud también está ganando adeptos en los últimos años. La mayor importancia que se concede en la actualidad al bienestar y a la imagen personal, unido a la falta de recursos de la sanidad pública, explican el auge que está teniendo en España la sanidad privada. Entre sus ventajas, los expertos citan la rapidez con la que atienden a los pacientes, las menores o, en ocasiones, inexistentes listas de espera y la prestación de servicios de valor añadido, como ofrecer habitaciones individuales, enviar las pruebas de informes rápidamente por correo, email o mensajes al móvil... No obstante, no todo son virtudes en la sanidad privada. Los seguros habitualmente presentan una larga lista de posibles restricciones, no admiten a cualquier cliente y, en ocasiones, tiene que pasar un cierto periodo de tiempo para poder empezar a disfrutar de los servicios sanitarios contratados.

La facturación por primas en seguros de salud alcanzó los 5.400 millones de euros en 2007, lo que supone un incremento del 10% respecto a 2006 y una tasa de crecimiento similar a la registrada el año anterior, según un informe de la consultora DBK. Aunque el 70% de la población española percibe su estado de salud como bueno o muy bueno según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) realizada en 2006, los ciudadanos no dejan de preocuparse por ella y siguen contratando seguros médicos. Así lo atestigua la recaudación de primas de la seguridad privada, que en el primer trimestre de 2008 ascendió a casi 1.537 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 8,9% respecto al mismo periodo del año anterior. El crecimiento más elevado se produce en la modalidad de Reembolso de Gastos, cuyo ratio del 10,6% supone casi dos puntos más que la de Asistencia Sanitaria y Subsidios e Indemnizaciones (8,7% en ambos casos), según las estimaciones realizadas por la Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA).

El Panel de Hogares, trabajo estadístico que se realiza en el ámbito de toda la Unión Europea, es una interesante fuente de información sobre la situación social de los hogares españoles y, muy especialmente, aporta información sobre el subconjunto de personas que tienen un seguro privado de salud, puesto que incluye preguntas sobre dicha posesión.

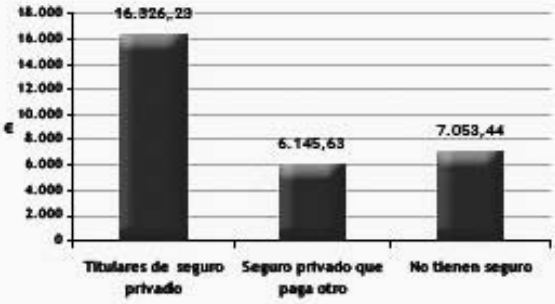
.

El primer elemento que cabe concretar aquí es el de la clase social o nivel económico. Las personas que tienen un seguro de salud se dividen, de acuerdo con las respuestas dadas al Panel, en dos tipologías distintas: las que son pagadoras de dicho seguro y las que lo tienen pero no lo pagan, pues hay otra persona o institución que realiza dicho pago. En el primero de los casos, se produce una diferencia notable respecto de la media de ingresos netos declarados por el total de los encues-

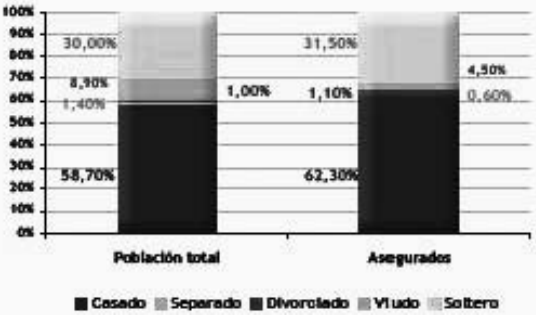
tados, del orden de un 230%. Sin embargo, esta diferencia es considerablemente menor en el caso de las personas que no pagan el seguro, por lo que aquí se hace patente, entre otras cosas, el importante caudal de funcionarios de la Administración General que tienen seguros privados de salud y que no tienen niveles socioeconómicos muy apartados de la media.

Otro aspecto en el que se aprecian algunas diferencias es en el caso del estado civil. Las personas que tienen un seguro privado de salud presentan una distribución por estado civil que es muy parecida a la que se observa en las cifras relativas del conjunto de la población, aunque con la diferencia de que el peso de las personas viudas o separadas tiende a ser algo menor en beneficio, sobre todo, de las que están casadas.

Tabla/Gráfico 46: Diferencias en ingresos medios entre las personas que tienen seguro médico y las que no.



Tabla/Gráfico 47: Distribución de la población general y la población asegurada de salud por estado civil.

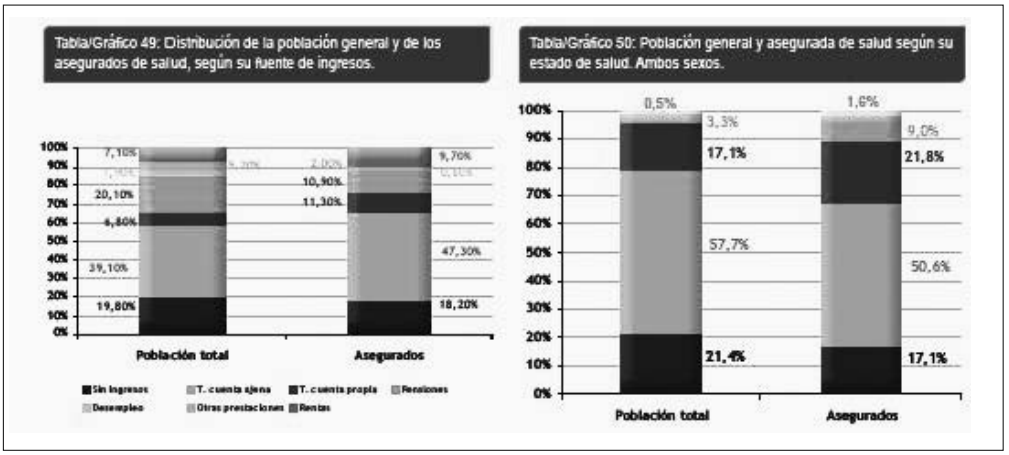


En lo que se refiere a la vertiente de la actividad, claramente la condición de asegurado de salud se tiene de forma fundamental por ser un trabajador, bien por cuenta propia, bien por cuenta ajena. Si apreciamos el hecho desde el punto de vista de la actividad principal que es realizada por la persona objeto de cuestionario en el Panel de Hogares, encontraremos que las dos categorías relacionadas con el trabajo, es decir el asalariado y el empresario, son las que están sobrerrepresentadas en la submuestra de personas que tienen un seguro de salud en comparación con la población general, ello en detrimento de las personas desempleadas o ya jubiladas que, no obstante lo dicho, también ocupan porcentajes relevantes dentro del colectivo de personas aseguradas (aunque en menor medida que en la población general).

Tabla/Gráfico 48: Distribución de la población general y de los asegurados de salud según su actividad principal.

ACTIVIDAD	POBLACIÓN GENERAL	ASEGURADOS
Asalariado	36,10%	45,50%
Aprendiz	0,20%	0,20%
En formación	0,20%	0,20%
Empresario	8,10%	14,30%
Ayuda familiar	0,40%	0,20%
Estudiante	8,60%	10,20%
Desempleado	6,10%	2,80%
Jubilado	14,80%	8,90%
Labores del hogar	18,30%	13,30%
Otros inactivos	7,30%	4,40%

En consecuencia con lo que acabamos de ver, el trabajo por cuenta ajena es la fuente de ingresos del 47,3% de los asegurados de salud (ocho puntos menos en la población general) y el trabajo por cuenta propia del 11,3%, porcentaje que en la población general desciende hasta el 6,8%.



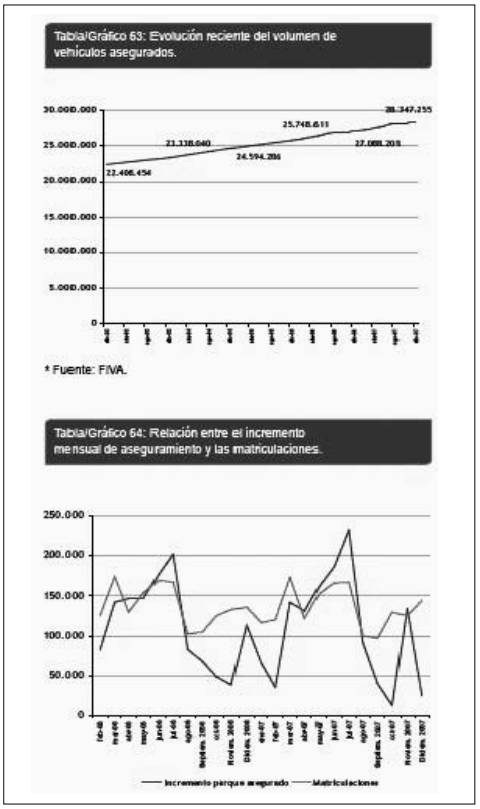
El seguro del automóvil en el presupuesto familiar

El seguro del automóvil el producto más ampliamente extendido en los hogares españoles debido a las progresivas mejoras en la tasa de motorización de la sociedad española, aunque 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 a la hora de decidirnos entre un seguro u otro 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.

El coche es uno de los sacos sin fondo de la economía familiar. La gasolina, las reparaciones, los impuestos de matriculación y el seguro son gastos que hay que afrontar cuando se es propietario de un vehículo. No hay que olvidar que por ley es de suscripción obligatoria un seguro para poder circular con un vehículo de motor, que cubra la responsabilidad civil tanto en los daños materiales como corporales a terceras personas y con él la aseguradora se compromete a satisfacer las indemnizaciones por daños de los que fuera responsable el asegurado. Pero además en ocasiones no nos limitamos a contratar este seguro obligatorio, sino que determinadas circunstancias como pueden ser la adquisición de un vehículo nuevo, o el gran valor de este, nos lleva a contratar otro tipo de seguros de mayor coste (Ej. Seguro a todo riesgo) con la repercusión que suele conllevar para la economía familiar

Con todo ello, el Fichero Informativo de Vehículos Asegurados acumulaba a diciembre del año 2007 un total de 28.347.255 vehículos asegurados. Estos datos marcan una evolución bastante regular en los últimos años, aunque algo más atemperada en los últimos meses del 2007.

La magnitud más relevante en relación con el parque asegurado es el volumen de matriculaciones. No son, en todo caso, elementos coincidentes, sobre todo porque el hecho de que un vehículo sea matriculado no quiere decir necesariamente que deba asegurarse y el hecho de que un vehículo se asegure en un periodo tampoco quiere decir que se haya matriculado en dicho periodo. En términos generales, el incremento de matriculaciones de cada mes suele situarse por encima del incremento de aseguramiento.



Los seguros multirriesgo en el presupuesto familiar

Según datos del Consorcio de Compensación de Seguros, a finales del año 2006 la cobertura patrimonial total en los contratos de seguros del mercado español alcanzaba 3,6 billones de euros, más del triple de la magnitud del Producto Interior Bruto.

La parte más importante de esta protección está formada por las viviendas y comunidades, con 2,4 billones de euros, seguida de las industrias, por un valor de 676.500 millones de euros.

A estas garantías patrimoniales hay que añadir la garantía relativa a pérdida de beneficios, que indemniza la no producción de ingresos por razón del siniestro. En este caso, en el año 2006 el total de capitales asegurados en comercios, industrias y obra civil suponía más de 150.000 millones de euros.

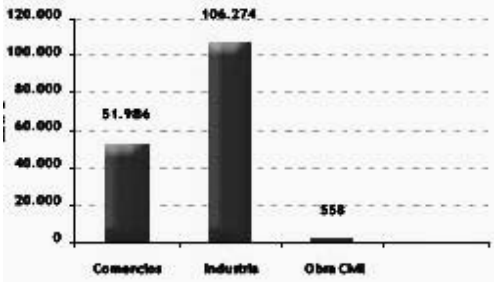
a)El seguro multirriesgo del hogar

El seguro multirriesgo del hogar se define como el que aglutina a las cinco ramas del seguro que cubren las contingencias que pueden ocurrir en una vivienda: incendio, robo, agua, cristales y responsabilidad civil. Las pólizas suelen ser de tres tipos: "paquete", que conlleva la obligación del asegurado de contratar todas las garantías previstas, aunque no tenga la 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.

La variedad de garantías y coberturas de los seguros multirriesgo es tan amplia que muchos asegurados, por simple desconocimiento de la letra pequeña de las pólizas que pagan, no reclaman prestaciones a las que tienen derecho, con el consiguiente perjuicio para su bolsillo. Pero la falta de información, en materia de estos seguros, no se limita al alcance de las coberturas. Gran parte de los titulares de un seguro de hogar ignora las exclusiones y limitaciones que imponen las cláusulas de su contrato. Esta es una de las causas que hacen que el ramo del hogar sea el más problemático del sector del seguro. Los conflictos entre aseguradoras y titulares de las pólizas multirriesgo son la causa de la tercera parte de las reclamaciones recibidas en la Dirección General de Seguros, órgano competente en esta materia.

En el año 2006, según cifras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, había en España 15.458.590 pólizas de seguros multirriesgo del hogar. Los indicios existentes indican que esta forma de aseguramiento ha llegado a un punto de madurez en el que sus crecimientos relativos se han moderado sustancialmente, consolidando la tasa de aseguramiento de las viviendas españolas en torno a un 65% según estimaciones de la UNESPA, basadas en el volumen de viviendas con certificado de final de obra.

Tabla/Gráfico 97: Capitales asegurados en pérdida de beneficios.



* Fuente: Consorcio de Compensación de Seguros.

La combinación básica de coberturas en el seguro multirriesgo del hogar se da entre continente y contenido. La cobertura de continente cubre daños sufridos por el inmueble en sí que constituye el hogar, mientras que la cobertura de contenido se refiere a daños o pérdidas sufridas por los bienes que se tienen dentro del mismo hogar, tales como electrodomésticos, vestidos, muebles, etc.

La relación de aseguramiento menos frecuente se refiere a las pólizas que incluyen únicamente contenido, que son, según las estimaciones, más de medio millón.

Un 13% de los contratos cubren tan sólo el continente, mientras que ocho de cada diez pólizas combinan la cobertura de continente y de contenido.

Asimismo, el 77% de los hogares asegurados son viviendas no unifamiliares, siendo el 23% restante viviendas pareadas, independientes o similares.

b)El multirriesgo de comunidades

El seguro multirriesgo de comunidades es un aseguramiento que puede considerarse que «completa» en muchos casos el seguro del hogar otorgando cobertura al conjunto del edificio, incluyendo las zonas comunes de las comunidades de vecinos, consiguiendo con ello una cobertura integral en los edificios con varias viviendas, que son bastante comunes.

Dado que el seguro de comunidades no es un seguro obligatorio, el censo de comunidades aseguradas no coincide en su estructura con el censo de comunidades en sí. Las cifras disponibles, por lo tanto, nos indican que en torno al 40% de las comunidades aseguradas se corresponden con edificios que tienen menos de 20 años de antigüedad, pero este dato no es necesariamente el mismo en el conjunto de comunidades de vecinos.

Aunque cada compañía de seguros puede ofrecer coberturas y prestaciones distintas, existen una serie de garantías básicas que suelen ser comunes a todas. Normalmente son la cobertura de daños materiales donde se incluye el incendio, la explosión, daños por agua, por humo, rotura de cristales, espejos, etc., los daños estéticos, la cobertura de robo, de responsabilidad civil, defensa jurídica y una serie de prestaciones especiales que comprende la inhabilitación del edificio, los gastos de extinción de un siniestro, salvamento y desescombro.

Es importante conocer bien todas las coberturas del seguro para poder reclamar en caso de que tenga lugar un siniestro. Además, antes de contratar la póliza para su hogar es aconsejable empezar por revisar el seguro de la comunidad de propietarios, puesto que si éste es bastante completo únicamente sería necesario contratar una póliza individual que complete la cobertura e incluso puede que no necesite asegurar el continente.

b)El multirriesgo de comercio

El comercio asegurado más frecuente son, los bares y restaurantes, seguidos de las tiendas de comestibles y de las tiendas de ropa. Los bares y restaurantes son en torno a la mitad de las pólizas de comercio, mientras que llegan al 60% de los siniestros, lo que revela la frecuencia comparativamente alta que se produce en este tipo de establecimientos.

c)El multirriesgo industrial

La cuarta gran familia de seguros multirriesgos es la que se refiere a los establecimientos industriales. Este tipo de unidades de negocio tiene una dinámica completamente diferente del resto de los activos que hemos analizado, con siniestros menos frecuentes pero de mayor coste.

Además, los siniestros derivados de seguros de multirriesgo industrial se caracterizan por un peso relativamente mayor de los incendios del que se observa en otras categorías de seguros multirriesgo, así como los siniestros de responsabilidad civil, es decir aquéllos en los que alguna actuación supone la producción de un daño económico a un tercero que es necesario indemnizar.

El seguro de decesos en el presupuesto familiar

Una de las peculiaridades del mercado de seguros español es la contratación de un tipo de póliza, la de deceso, en mayor medida que en cualquier país de Europa.

Los orígenes de esta modalidad peculiar de seguro se remontan a casi medio siglo, cuando las compañías de seguros decidieron "democratizarse" acudiendo a sectores económicamente débiles de la población, que entonces eran más amplios que ahora, y aumentar así su número de clientes y su cuota de mercado. Con ello, estos sectores débiles podían cubrir a largo plazo los costes derivados de su fallecimiento y no resultar una carga a sus familiares, llegado el fatídico día. Sorprende que este tipo de seguros estén asociados a cierto tipo de culturas como es nuestro caso, pues otras, ni siquiera conocen esta figura. En las culturas de origen cristiano, y sobre todo, la católica en la que nos encuadramos estos seguros tienden a tener un mayor éxito. Este tipo de seguros está más extendido entre las capas medias de la sociedad (siendo poco contratado por los estratos económicos más altos) y en personas de mayor edad. Por contra, entre los jóvenes apenas tiene arraigo, al serles menos propicio, aunque algunas aseguradoras lo incluyen como cobertura accesoria en seguros de asistencia en viaje. También es frecuente que muchos jóvenes se encuentren asegurados para este riesgo por medio de pólizas contratadas pos sus padres, en las que están cubiertos todos miembros de la familia. Desde ADICAE recomendamos no contratar este tipo de seguros. Es preferible otro tipo de seguros (por ejemplo de vida) o incluso se puede decir que es mucho más económico ir metiendo el dinero en un depósito o cuenta.

La información de la que disponemos, sugiere que el volumen total de personas cuyos gastos de enterramiento fueron indemnizados con cargo al seguro de decesos fue de 195.998 personas en el año 2006 y de 205.195 en el año 2007. La inmensa mayoría de estos siniestros se atendió en el lugar del fallecimiento.

Estas cifras, además, mantienen la tendencia mostrada en años anteriores referente al papel del seguro de decesos en el entorno de los fallecimientos que se producen en España. Las magnitudes aquí manejadas sugieren, en este sentido, que las prestaciones funerarias del 61% de las personas fallecidas en España fueron atendidas por el seguro de decesos.

El seguro de defensa jurídica en el presupuesto familiar

En el año 2006 se produjeron 214.248 siniestros de defensa jurídica, según información de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, lo cual supone un ritmo de un siniestro cada dos minutos y medio, a los que habría aún que unir siniestros producidos antes del año y pagados en dicha anualidad. Sólo los siniestros producidos en el año supusieron unos pagos y provisiones (la provisión es la contabilización de los pagos futuros aún no realizados) por valor de 37,5 millones de euros.

En dicho año, el seguro de defensa jurídica arrojó una tasa de resolución de siniestros en el año del 74%. Esto es, de cada 100 siniestros registrados, 74 fueron gestionados y cerrados dentro de la propia anualidad.

Los seguros de responsabilidad civil general en el presupuesto familiar

El seguro de responsabilidad civil general tiene en España en torno a dos millones de pólizas, aunque es difícil estimar el volumen total de asegurados ya que muchos de estos contratos pueden tener carácter de grupo o colectivo.

Los seguros de vida en el presupuesto familiar

El seguro de vida de riesgo es el gran protagonista del mercado, acumulando más de 23 millones de clientes. Esta información, proveniente de estudios de mercado, queda confirmada por otras fuentes, como el Registro de Seguros con Cobertura de Fallecimiento que recientemente se ha puesto en marcha en España. A 25 de febrero del 2008, el número de NIF y NIE incluidos en dicho fichero era de 24.897.273, con lo que la cifra de españoles y extranjeros probablemente residentes que tienen cobertura de fallecimiento con aseguradoras españolas a través de seguros de vida y/o de accidentes alcanza casi los 25 millones de personas.

a) Perfil del asegurado de vida

El seguro de vida es un producto que guarda poca identidad de consumo con el resto de los seguros, fundamentalmente por el hecho de que, en buena parte de los casos, no es un producto puramente de consumo, sino de inversión.

Los productos de seguro de vida se adquieren por los particulares, fundamentalmente, para garantizar niveles de seguridad económica: en los denominados seguros de vida- riesgo, mediante el mecanismo de una indemnización a pagar si ocurre el evento asegurado (muerte o invalidez); y, en los seguros de vida ahorro, mediante la acumulación en el tiempo de un patrimonio financiero que se percibirá en un determinado momento, normalmente el retiro laboral.

Si acudimos a ver las características del comprador de se seguros de vida, observamos que el 59,3% de los mismos son hombres y el 40,7% restantes mujeres, en una tendencia al equilibrio que sugiere que el mercado está creciendo más pujantemente entre las mujeres.

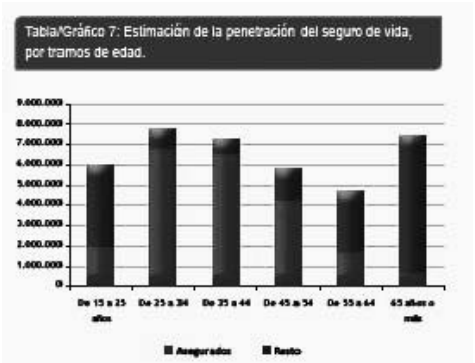
Si colocamos estos datos, obtenidos de la publicación de ICEA *El comprador del seguro de vida. Estadística 2006*, con los datos de la misma fuente sobre volumen total de clientes del seguro de vida a diciembre del 2006, que indican 30.978.764 asegurados, esto nos permitiría estimar que existen en España unos 18,3 millones de varones asegurados y 12,6 millones de mujeres.

Esta diferencia de aproximadamente 6 millones de asegurados deviene en tasas de aseguramiento por sexos bastante distantes. Si calculamos la tasa de penetración estimada del seguro de vida en la población usando sólo las pólizas individuales, encontramos que, tanto haciendo el cálculo sobre población general como sobre población mayor de 14 años, la tasa de los hombres está unos veinte puntos por encima de la de las mujeres.

Si observamos la adquisición de productos por sexos, encontramos que el producto mayoritario es el seguro de vida-riesgo, por lo tanto sobre todo con indemnización por muerte. Sin embargo, esta presencia es algo mayor en el caso de los hombres, motivo por el cual entre las mujeres que adquieren seguros de vida tienen un peso relativamente superior todas las demás categorías de seguros de vida-ahorro.

La citada publicación de ICEA nos informa, asimismo, de que las personas casadas son la principal fuente de clientela del seguro de vida, pues suponen el 51,2% de los clientes, mientras que el 35,9% de los clientes están solteros y el 12,9% restante en otras situaciones. Las personas casadas, además, tienden a adquirir más seguros de vida riesgo, mientras que los otros estados civiles tienen preferencias comparativamente más altas por diversas formas de seguros de ahorro.

Por lo que se refiere a la compra de seguros de vida por edad, la distribución publicada por ICEA sugiere que es el tramo de 25 a 34 años donde está la mayor cohorte de asegurados (en torno a un 31%), seguida de las personas de 35 a 44 años (30%). Estos datos sugieren un elevado nivel de aseguramiento para ese primer tramo de edad, que es más bajo en el resto, especialmente entre las personas de más de 65 años.



Por último, en lo que se refiere a la profesión de las personas que han adquirido un seguro de vida, aproximadamente un tercio, la cohorte más numerosa, está formada por empleados sin titulación, porcentaje que sumando los empleados con titulación supera el 45% del total de contratos.

b)El papel del seguro de vida en el patrimonio de las familias

El Banco de España realiza con carácter bienal un notable trabajo denominado la Encuestas Financiera de las Familias Españolas. En este análisis se estudia la composición de la riqueza de los hogares consolidada en bienes reales y financieros, con inclusión, dentro de éstos, de los seguros de vida y planes de pensiones considerados en su conjunto. La EFF, por lo tanto, contiene información de interés sobre el peso de este tipo de productos dentro del esquema de riqueza de los hogares.

Dado que en las últimas semanas del 2007 fueron hechos públicos los resultados de la EFF que recoge datos 2005, es importante incluir, los datos correspondientes a dicha encuesta.

Según los datos de la EFF, los bienes inmobiliarios, tanto la vivienda principal como las secundarias, conforman la gran parte de la riqueza de los hogares españoles, en torno al 80%. La riqueza acumulada en seguros y planes de pensiones equivale al 2,2% del total.

Estas cifras, en todo caso, están fuertemente influidas por el hecho de que el activo inmobiliario acumulado sea tan elevado. Si se realiza el análisis específico dentro de los activos financieros, encontramos que los seguros y planes de pensiones suponen uno de cada cinco euros de riqueza financiera de las familias, porcentaje que varía entre el 14,5% y el 33% según el nivel de renta del hogar.

El seguro, asimismo, está más distribuido en los hogares en los que el cabeza de familia es de mediana edad, aunque el volumen de ahorro acumulado tiende, lógicamente, a ser superior en los hogares con un cabeza de familia algo más mayor, como efecto de la acumulación durante los años. A edades más avanzadas, lógicamente, la mediana del valor de estos productos disminuye porque en muchos casos ha comenzado a producirse el consumo de dicha provisión.

Por lo que se refiere al valor de lo ahorrado, la mediana de dicho valor para todos los hogares que poseen seguros y planes de pensiones es de 6.300 euros, cifra que es muy similar al valor acumulado en acciones de Bolsa, pero significativamente menor que el acumulado en fondos de inversión o renta fija por aquellos hogares que han optado por dichas alternativas de inversión. No obstante, hay que tener en cuenta que estas medianas se obtienen sobre los hogares que tienen cada inversión.

Al ser el seguro y los planes de pensiones uno de los activos financieros más frecuentemente adquirido en los hogares, su importancia ponderada en la riqueza financiera tiende a ser mayor.

EL PRESUPUESTO FAMILIAR EN LA ENCUESTA "CONOZCA SU SEGURO"

ADICAE ha llevado a cabo la encuesta "Conozca su seguro" en 2008. Un bloque de preguntas hacía referencia al gasto, total y por tipos, que se hace en seguros una familia. El objeto, determinar qué presupuesto dedican las familias españolas a los seguros. Esta encuesta, realizada en varias ciudades españolas, ha sido cumplimentada por 1030 personas mayores de edad, en el período comprendido entre Marzo y Noviembre de 2008. (Si quiere ver el resto de la encuesta "Conozca su seguro" acuda a la página 61).

Unidad familiar: Los integrantes de la familia que conviven en el mismo domicilio según los datos de los encuestados se distribuye de las siguiente forma, el 43,34% vive con su pareja/matrimonio con hijos mientras que el 27,66% vive con su pareja/matrimonio sin hijos. El 19,45% vive en su domicilio sólo y el resto 9,55% vive en otras situaciones (con los padres, sin pareja con los hijos o con otros familiares).

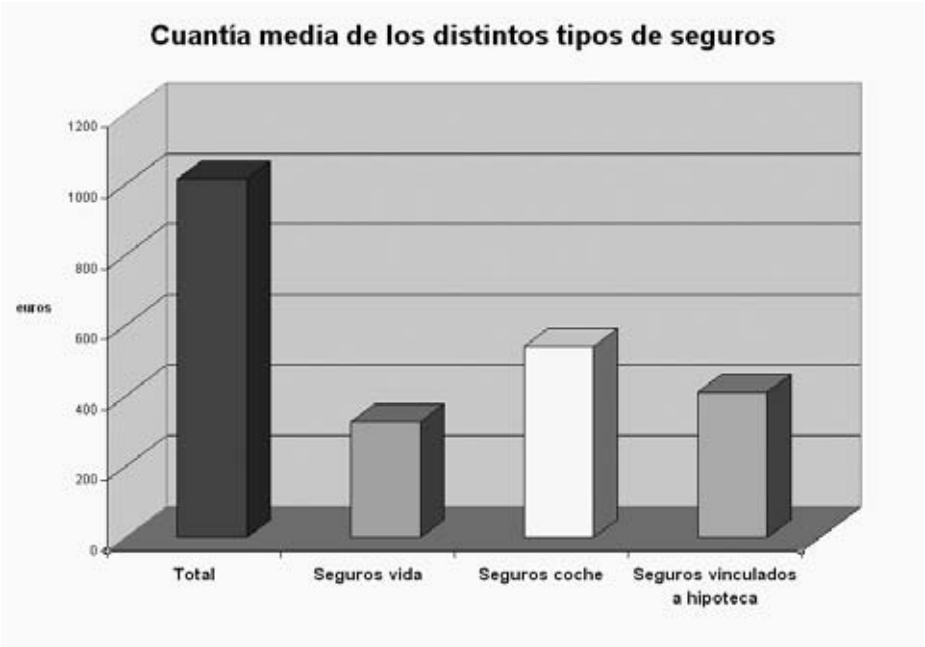
De dicha encuesta se pueden extraer las siguientes conclusiones en lo que respecta a los seguros y el presupuesto familiar:

■ La cuantía media anual pagada por la unidad familiar por todos los seguros contratados es de 1015,34 euros/año.

■ El coste medio de los seguros de vida al año es de 327,49 euros.

■ El coste medio anual de todos los seguros vinculados a la hipoteca es de 413 euros. Los importes se distribuyen de manera desigual llegando a alcanzar los 1800 euros anuales.

■ El coste medio anual del seguro de automóvil es de 540,84 euros. Con un rango de valores que va desde los 0 euros para personas que no tienen seguro de coche en vigor llegando a los 1.500 euros anuales.



CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio hemos podido comprobar como el nivel socioeconómico, la actividad laboral, las condiciones climatológicas y las culturales influyen en los hogares españoles a la hora de contratar determinados tipos de seguros.

■ Así en lo que respecta a los seguros de no vida, los españoles con mayor poder adquisitivo son los más propensos a contratar seguros de salud, por el contrario las economías más modestas son las que más seguros de decesos contratan. Aunque no hay que olvidar que el seguro de no vida más ampliamente extendido en los hogares españoles es el seguro del automóvil, debido fundamentalmente a la obligatoriedad de la contratación del mismo para poder circular con un vehículo a motor, seguido de los seguros multirriesgos de hogar, que son el segundo ramo que mayor número de pólizas registra. Este volumen de pólizas de hogar se debe a la evidente preocupación por parte de las familias a la hora de proteger su vivienda y pertenencias, pero también hay que destacar que muchas veces esta contratación no ha sido meditada, pensada y libre. Con esto queremos poner de manifiesto que muchas de las pólizas de hogar que existen han sido impuestas directamente por parte de las entidades financieras a la hora de contratar un préstamo hipotecario, con lo que la libertad de contratación queda en entredicho, y más si esta conducta era generalizada en todas las entidades, fuesen cajas de ahorro o bancos. Éstas han aprovechado los años de la burbuja inmobiliaria para "colar" seguros vinculados a los préstamos hipotecarios que había que pedir para poder acceder a una vivienda en propiedad. Estos seguros que no han podido ser negociados libremente suponen un aumento del coste final del préstamo y un aumento de los gastos de las economías familiares..

■ Mención a parte merecen los denominados seguros de vida, ya que son productos que guardan poca identidad de consumo con el resto de seguros, puesto que en la mayoría de las ocasiones no se trataría de un producto de consumo propiamente dicho, sino de un producto de inversión. Siendo el protagonista del mercado el seguro de vida de riesgo.

■ Desde ADICAE queremos alertar sobre la venta agresiva de seguros, que provoca un grave problema a los consumidores y sus economías, consistente en llevarles a contratar un seguro que, o bien no necesitan, o ya tienen cubiertos con otras pólizas. Además esta forma de venta suele ir acompañada de una falta de información al usuario, debido en gran parte a la escasa formación de los vendedores y a la mala práctica habitual de entregar las condiciones generales del contrato una vez que este se ha firmado.

■ De los datos de las diferentes encuestas (oficiales y de ADICAE) se desprende que en los seguros más contratados, el de vehículos lo es por que es requisito indispensable (lo exige la normativa), pero el de hogar (no obligatorio por ley) se ve como un alto porcentaje del número de pólizas suscritas se realiza no por necesidades familiares, sino por imposición de la entidad financiera que concede el préstamo.

■ Del anterior punto, y como consecuencia de esta obligatoriedad de contratar el seguro de hogar y otros, se desprende que de estos seguros vinculados se destina, aproximadamente, una cuarta parte del total del presupuesto familiar en seguros. Además, con este gasto y el del coche ya tendríamos prácticamente cubierto el gasto familiar.

■ Por todo ello, concluimos que la contratación de seguros actualmente no es libre, puesto que el gasto que realizan hoy las familias españolas viene impuesto, bien por la ley o bien por las entidades financieras.

PROPUESTAS

Tras las conclusiones expuestas anteriormente queda constatado que lo que dedican los españoles a sus seguros es más por imposición que por deseo, por lo que desde ADICAE se propone:

■ Fomento de una verdadera cultura del seguro positiva, con formación e información al consumidor de los pros de asegurarse ante la probabilidad de riesgo y en caso de necesitarlo. Esta información objetiva para formar al consumidor debe partir de iniciativas desde la Administración competente en la materia (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Economía, Ministerio de Educación, Dirección General de Seguros) y con la colaboración de los consumidores, en concreto con las asociaciones. De esta forma, con consumidores informados de sus derechos y mucho más formados en materia de seguros se evitaría la contratación indiscriminada y a la fuerza, que en muchas ocasiones las familias se ven obligadas a hacerlo.

■ Toda esta información y formación del consumidor es ineficaz si no se acompaña de transparencia en el sector. Es necesario un sector que colabore en esta labor formativa, que procure la transparencia en la información suministrada en la fase contractual (publicidad y comercialización), dejando total libertad al consumidor y no condicionando su decisión.

D) ANÁLISIS DE SECTORES DESPROTEGIDOS

Introducción

En esta parte del estudio se va a presentar una breve tipología de seguros ofrecidos a algunos sectores que hemos denominado desprotegidos - inmigrantes, jóvenes, desempleados y tercera edad-, que por su especial vulnerabilidad ante el complejo y laberíntico universo de los seguros sufren contínuos abusos, bien en la fase previa, ofreciéndoseles productos innecesarios o que no se ajustan a su perfil, falta de información en la fase precontractual, etc. No solo se exponen los problemas particulares que se les plantea si quieren contratar un seguro, sino que también se expone el análisis, a manera de ejemplo, de productos ofrecidos a cada uno de estos sectores y que destacan por alguna característica. El objeto, esclarecer la realidad, repercusiones de esta situación de indefensión que padecen numerosos usuarios y, una vez detectados estos problemas, proponer vías de solución que pongan fin a estos abusos.

En el presente capítulo abordaremos el estudio de la tipología y comercialización de seguros entre algunos sectores que hemos denominado desprotegidos - **inmigrantes, jóvenes, desempleados y tercera edad**-, por su especial vulnerabilidad ante el complejo y laberíntico universo de los seguros, con objeto de esclarecer la realidad y repercusiones de esta situación de indefensión que padecen numerosos usuarios.

Metodología

Para su realización se han empleado tanto fuentes teóricas (informes, memorias, artículos especializados) como datos estadísticos procedentes de instituciones y organismos oficiales. Por otro lado, se han realizado entrevistas cualitativas con representantes de diferentes asociaciones y plataformas que agrupan a estos colectivos desfavorecidos.

Junto al estudio descriptivo y atendiendo a una intención pedagógica, cada epígrafe incluye el análisis detallado de algunos productos comercializados extensivamente en el colectivo de referencia poniendo al descubierto las ventajas e inconvenientes de los mismos.

Objetivos perseguidos

Mediante el presente estudio se pretende desarrollar una visión global del modo en que el campo asegurador discrimina a determinados colectivos con independencia de sus diferencias específicas, de modo que quedan englobados en una categoría común, la de los "desprotegidos". Evidentemente, el grado de desprotección que experimenta cada grupo, difiere en función de múltiples parámetros. Sin embargo, todos ellos soportan el peso y el precio de un peor servicio por parte del sector. El trabajo intenta, a través del análisis comparativo de diferentes productos -específicos para estos colectivos y genéricos para el resto de consumidores susceptibles de contratarlos-, evaluar cuáles son esas discriminaciones; y en qué cláusulas se materializan. Al mismo tiempo, se detectan las ventajas e inconvenientes de determinadas pólizas diseñadas expresamente para los grupos de referencia, para, finalmente, aportar algunas claves que conduzcan a la mejora del trato de las aseguradoras a estos sectores de la población.

Estructura del estudio

Su estructura se divide en cuatro epígrafes -cada uno dedicado a un sector de población-, en los que se profundiza en las causas y consecuencias de esta situación de desprotección de los consumidores más vulnerables. **Se han distinguido cuatro colectivos** víctimas de la comercialización masiva de todo tipo de seguros que no siempre son los más adecuados a su perfil y necesidades: **el colectivo inmigrante, los jóvenes, los desempleados y la tercera edad**.

Las aseguradoras y entidades que comercializan seguros vinculados a hipotecas, han encontrado un gran filón **en el colectivo inmigrante** que ha contribuido a engordar sustanciosamente su cuota de mercado en los últimos años, hasta el punto de que algunas de las grandes entidades coincidan en señalar que el 20% de sus nuevos clientes en España es inmigrante. En efecto, la población inmigrante ha resultado enormemente rentable para las diferentes entidades y aseguradoras ya que no sólo ha contratado productos adaptados a sus necesidades específicas propias de la pertenencia a un colectivo determinado (seguros de repatriación al país de origen, protección de remesas); si no que también, son potenciales clientes del mismo tipo de pólizas que suscribe el resto de población (seguros de vida, de hogar, de accidentes).

Los jóvenes constituyen otro de los colectivos desprotegidos. Esta afirmación se plasma a la perfección en el "vía crucis" que supone para ellos contratar un seguro de automóvil, por no mencionar los abusos que se cometen en la comercialización de las pólizas para motos: las primas son excesivamente caras y en el peor de los casos algunas compañías les niegan la posibilidad de contratar dicho producto.

Uno de los factores clásicos que emplean las compañías aseguradoras para gravar al consumidor es la edad que junto a la lógica ausencia de antigüedad -generadora de bonificación-, y sumado al alto índice de siniestralidad de los conductores de entre 18 y 25 años, sitúa a los jóvenes como colectivo de muy alto riesgo. De esta forma, los jóvenes pagan hasta un 100% más por el mismo seguro que una persona de unos 30 años.

En la actual coyuntura socioeconómica en la que los datos del **aumento imparable del desempleo** dibujan un panorama ensombrecedor -habiendo superado en el pasado mes de diciembre de 2008 la friolera de los tres millones de parados-, **cobra protagonismo los seguros de desempleo o de protección de pagos**, en los cuales se abona al titular una cantidad equivalente a la cuota mensual de la hipoteca o préstamo personal. Sin embargo, la crisis ha puesto de manifiesto las limitaciones y riesgos de este producto, así como la colocación de estas pólizas vinculadas a préstamos hipotecarios a un colectivo que sufre hoy, en muchos casos, una doble exclusión o

desprotección, el de los inmigrantes desempleados. En este sentido, los servicios de asesoría de ADICAE han detectado casos de entidades financieras que han vendido seguros a inmigrantes trabajadores con contratos por obra y servicio, sabiendo de antemano que sólo cubren la baja de titulares con contratos indefinidos.

Por último, cabe señalar el inexplicable abandono que, en cierto modo, el sector asegurador prodiga **el colectivo de la tercera edad**. En efecto, un segmento olvidado para las compañías de seguros es el de los mayores. Este hecho resulta llamativo si tenemos en cuenta que es un sector en continuo crecimiento y según las estimaciones demográficas se prevé una modificación radical de la pirámide poblacional, dando como resultado que para el año 2020 haya más personas mayores de 50 años que menores de esta edad. Aún así, para una persona mayor de 65 años buscar un seguro de decesos es toda una odisea ya que se encuentran con compañías que o bien no permiten su contratación rebasada esa edad, u ofrecen productos de prima única con precios muy elevados en una etapa de la vida en que los ingresos por lo general se han visto reducidos.

Los inmigrantes y los seguros, ¿productos a medida?

Las aseguradoras buscan nuevos mercados y parecen haber encontrado un gran filón en la población inmigrante ya que ésta no sólo contrata seguros adaptados a sus necesidades, si no que también son potenciales clientes del mismo tipo de pólizas que suscribe el resto de población.

Algunas de las grandes entidades señalan que uno de cada cinco nuevos clientes en España es inmigrante y es por ello que las aseguradoras diseñan productos específicos como: seguros de repatriación al país de origen, protección de remesas, accidentes, etc. Muchos de ellos incluyen asistencia jurídica telefónica y tramitación de pensiones para familiares en el país de origen si el titular fallece.

A continuación se detallan algunos de los seguros que, al margen de los seguros vinvulados a hipotecas o créditos, más contrata la población inmigrante:

A) Seguro de protección de remesas

El seguro de protección de remesas se contrata para que las remesas que envían los extranjeros a sus países de origen, cuenten con una cobertura que asegure que la transferencia se realiza según lo convenido.

B) Seguro de repatriación

El seguro de repatriación cubre la repatriación del titular a su país cuando fallece.

Cada vez más, el colectivo inmigrante tiene como una de sus preocupaciones la posibilidad de morir lejos de su país de origen, por lo que han pasado de organizar colectas para repatriar a sus difuntos a contratar un seguro de repatriación que garantice dicho traslado.

C) Seguros de asistencia médica

Las aseguradoras sanitarias también han creado coberturas específicas para inmigrantes que residan o pasen una temporada en nuestro país, que incluye desde consultas de medicina primaria hasta pruebas diagnósticas, hospitalizaciones hasta la consulta a facultativos de reconocido prestigio internacional en algunas enfermedades graves. Casi todas las modalidades ofertan una línea telefónica bilingüe y un cuadro médico que atiende al asegurado en su idioma natal.

Las compañías emplean todas sus armas

Cada vez es mayor el número de compañías de seguros que **realizan estudios para conocer el entorno socioeconómico de los extranjeros residentes en España**. Algunas aseduradoras han abierto **oficinas específicas para atender las necesidades de este colectivo**. Un ejemplo es **AXA**, que se ha diferenciado como una de las entidades que mayores recursos ha destinado para captar a este sector de población, y que **cuenta ya con dos centros específicos para extranjeros residentes en España**. Otras compañías que poco a poco están cada vez más presentes en este mercado son Mapfre, DKV y SegurCaixa, las cuales participaron junto a AXA y otras más en la última edición de la Feria Integra, especializada en productos y servicios para los inmigrantes que se celebra en Ifema, en Madrid.

Las aseguradoras cada vez contratan más comerciales extranjeros por la confianza que genera en el inmigrante tratar con un comercial de su país. Algunas compañías aseguradoras coinciden en que los inmigrantes de la República Dominicana, Ecuador, Rumanía y Marruecos son los que más contratan el seguro de repatriación. Por el contrario todas las compañías coinciden en que el colectivo chino es el más difícil de captar.

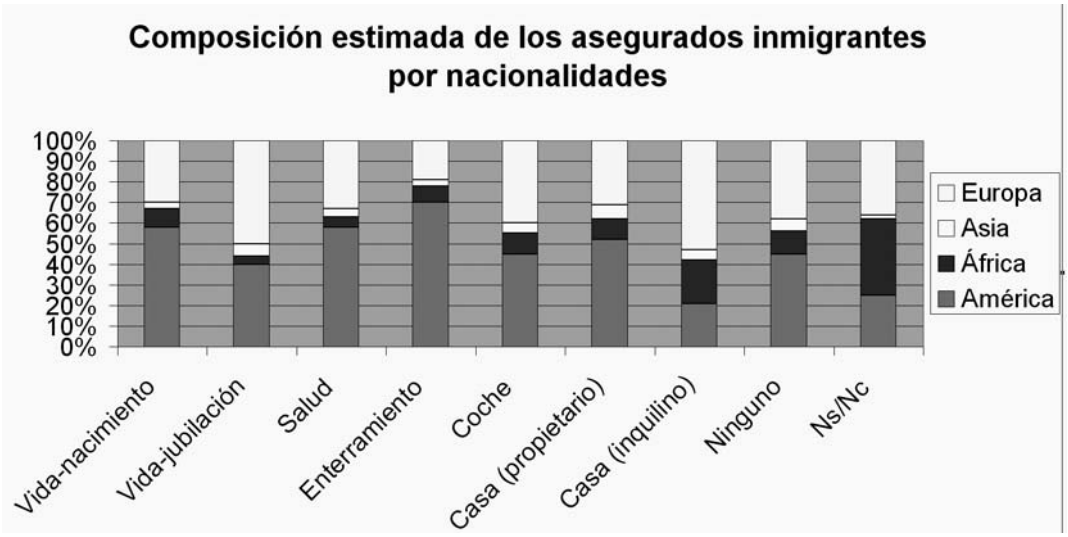
Datos relevantes

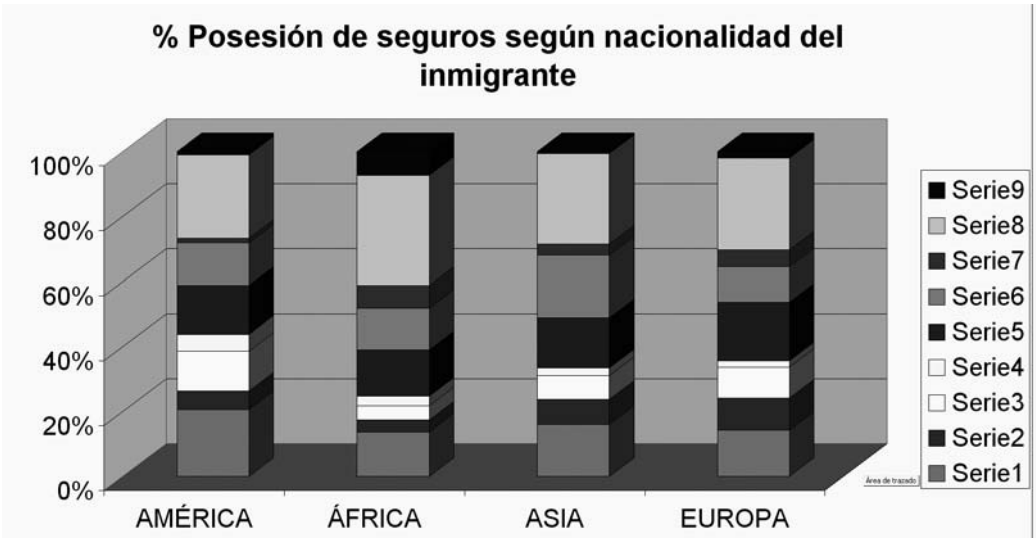
La patronal del sector asegurador, Unespa ha hecho especial hincapié en la población extranjera y ha publicado los resultados de un estudio en la última edición de la Memoria Social del Seguro Español. **Dicho estudio refleja que el Seguro de Vida con cobertura de fallecimiento es de los más contratados (27% de los encuestados) seguido por el de Automóvil (25%). El 20,1% de los encuestados tienen contratado un seguro de Hogar vinculado a su hipoteca y el 16,4% dice tener un seguro de Salud privado.**

Un estudio realizado por SegurCaixa revela que la contratación de coberturas aumenta no sólo con los años de residencia en España sino también con el nivel de ingresos y el hecho de tener hijos. Este estudio señala que entre los inmigrantes con más de 6 años de residencia la contratación de seguros llega al 66%, muy por encima de la media general, que marca el 48%. Quienes ingresan más de 2.000 euros también presentan una tasa alta de aseguramiento, del 85%, mientras que el 58% de

los inmigrantes que tienen hijos ha contratado alguna cobertura. En cuanto a los principales factores para suscribir una póliza son, el precio (62%), las coberturas (56%) y la rapidez de respuesta en caso de siniestro (32%). Entre quienes ya tienen un seguro, el factor cobertura supera al precio.

Los siguientes gráficos muestran la variación de productos contratados por el colectivo inmigrante en función del origen.





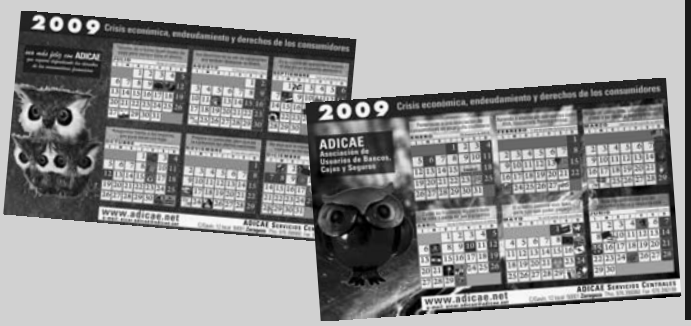
% Posesión de seguros según nacionalidad del inmigrante

S1- Seguro de vida que pague una indemnización si muero
S2- Seguro de jubilación o plan de pensiones para procurarme una pensión cuando me jubile
S3- Seguro privado de salud o atención médica
S4- Seguro de enterramiento
S5- Seguro de coche, furgoneta o moto
S6- Seguro para la casa de la que soy propietario
S7- Seguro de la casa de la que soy inquilino
S8- Ninguno de estosS9- Ns/Nc

Calendario ADICAE 2009

Divertidos calendarios con consejos para nuestro bolsillo. Celebre sus derechos como consumidor todos los días

Calendario de mesa ADICAE 2009



Solicítelos

ADICAE
C./ Gavín, 12 local
50001 ZARAGOZA
Tfno.: 976 390060
Fax: 976 390199
y en todas las sedes de nuestras coordinadoras

NOMBRE DEL PRODUCTO Seguro de Asistencia sin Fronteras

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**Santa Lucía**
RAMO	Decesos y accidente

CARACTERÍSTICAS

Destinado a personas procedentes del Continente Americano, todos los países europeos, Marruecos, Argelia, Túnez, Senegal y Guinea Ecuatorial

Coberturas:
- Servicio fúnebre completo
- Traslado, en caso de fallecimiento, desde cualquier Estado miembro de la Unión Europea hasta la localidad del país asignado
- Asistencia jurídica telefónica especializada
- Tramitación de pensiones
- Garantía de pago de un capital de 10.000 euros en caso de accidente por cualquier causa y en cualquier parte del mundo.

Condiciones:
Los asegurados deben ser personas que no padezcan enfermedad grave y estén en perfecto estado de salud, con 65 años o menos de edad, con independencia de su profesión.

OBSERVACIONES

"Hay momentos en la vida en los que necesitamos sentirnos protegidos, seguros de que al final tenemos un buen amigo para echarnos una mano"

VENTAJAS

- Incluye una garantía de pago de un capital en caso de accidente.

INCONVENIENTES

- Limita la nacionalidad y la edad de los asegurados, no cubre a todos los extranjeros por el mero hecho de serlo.
- No detallan si los gastos del acompañante del difunto quedan cubiertos, tanto el viaje de ida como el de vuelta.

NOMBRE DEL PRODUCTO **Seguros para extranjeros**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**AXA**
RAMO	automóvil

CARACTERÍSTICAS

Coberturas:

- Responsabilidad civil
- Garantía de accidentes personales
- Protección jurídica
  - Protección del Tomador/Asegurado
  - Protección de familiares
  - Asesoramiento telefónico
- Asistencia en Viaje
- Rotura de Lunas
- Incendio
- Robo

OBSERVACIONES

"AXA "marca la diferencia" en el mercado asegurador con el primer seguro de Auto exclusivo para conductores extranjeros, para todos los Turismos y Todo Terrenos de uso particular. Como residente de origen extranjero, las tarifas habituales para el seguro de su coche suelen ser elevadas al no ser posible demostrar sus antecedentes de siniestralidad.
Con Axa, al contratar su seguro obtiene desde el primer día la bonificación equivalente a 3 años sin declarar accidentes."

INCONVENIENTES

- Se puede comprobar como hay más coberturas y ventajas en el seguro de vehículos normal que en el que está especialmente dirigido a los inmigrantes. Axa ofrece un seguro de automóvil especial para inmigrantes que difiere en algunos puntos del seguro de automóvil general:
  - En el caso de seguro para inmigrantes, ofrecen la posibilidad de no tener que abonar la franquicia si se repara el vehículo en los talleres Axa Calidad, en cambio en el seguro general ofrecen que si se contrata el todo riesgo con franquicia durante el primer año la franquicia aplicable al primer siniestro corre a cargo de Axa.
  - En el seguro de inmigrantes no incluyen la ventaja de que en los partes de siniestro sin un tercero perjudicado no penalizan en la póliza. El seguro general de automóvil sí que incluye esta ventaja.
  - Las coberturas de un seguro y otro son parecidas excepto la Garantía de Préstamo de Reparación que no está incluida en el seguro de inmigrantes. Esta garantía de la modalidad Terceros con Incendio, Robo y Lunas incluye la gestión para la concesión de un préstamo así como el abono de los intereses por parte de la Compañía para reparar o reponer el vehículo asegurado, así como consecuencia de un accidente el asegurado debiera abonar todo o parte del importe de la reparación.

- Se ofrecen coberturas muy tasadas y con muchas limitaciones económicas, sobre todo en la de responsabildiad civil.

CONCLUSIONES

Aunque cada vez más compañías se suman a la labor de comercializar productos especialmente orientados a este colectivo, las coberturas siguen siendo deficientes en comparación con los seguros destinados a la población española.

Un rasgo que limita a los inmigrantes, todavía más si cabe, es la contratación de un seguro si el asegurado tiene más de 65 años, lo cual se convierte en una misión imposible.

Resulta relevante la agresividad a la hora de comercializar los seguros de repatriación ya que la mayoría de compañías se aprovecha de la nostalgia que siente el inmigrante hacia su país y le hacen ver que contratando dicho seguros puede sentirse más cerca de su patria, sin importar las coberturas que ofrece ni las limitaciones que tiene.

La contratación de un seguro por parte de un inmigrante debe ir acompañada de una gran cantidad de información y de buena fe ya que al tener otro idioma y otras costumbres puede ser fácil engañarles y ofrecerles un producto con unas garantías que al final no son las que necesita.

PROPUESTAS

Mayor regulación de la publicidad, ya que puede crear confusión y falsas expectativas al inmigrante que busca contratar un seguro que cubra sus necesidades y se encuentra con un producto que no le protege como él desea.

Es muy importante proporcionar la máxima información posible para que no se den situaciones de incomprensión ni de inseguridad.

Obligar a las compañias a que suministren la información al futuro tomador, ya sea la publicidad a la información contractual no solo por escrito sino también en el idioma del tomador.

Los jóvenes y sus seguros, toda una odisea

Seguro de Automóvil

A la hora de contratar un seguro de automóvil los jóvenes conductores se encuentran con un panorama desolador: las primas son excesivamente caras y en el peor de los casos algunas compañías les niegan la posibilidad de contratar dicho seguro.

Las compañías aseguradoras establecen una serie de factores para clasificar a los conductores en función del grado de riesgo que puedan tener. Estos factores que pueden perjudicar al asegurado son: la edad del conductor y los años de carné de conducir. Esto, unido al alto índice de siniestralidad entre los conductores de entre 18 y 25 años, sitúa a los jóvenes como colectivo de muy alto riesgo.

La consecuencia de todo esto es que haya jóvenes sin seguro o incorrectamente asegurados, ya que ante esta realidad, los jóvenes se plantean tres soluciones:

1. Una es asegurar el vehículo a nombre de otra persona, por ejemplo el padre, y no aparecer como titular. Pero esta solución tiene la desventaja de que si el joven conduce su vehículo sin estar asegurado, en caso de accidente tendrá que hacer frente a un importe mucho más elevado al que tendría si contrata el seguro de forma legal.

2. Otra opción es asegurarse como conductor adicional, lo que conlleva tener que hacer frente a las franquicias establecidas por la compañía de seguros, además de no adquirir bonificación por su seguro.

3. La última posibilidad es la de hacerlo bien y asegurar el coche a su nombre, aunque es la opción más cara en un principio, a largo plazo es la mejor y más rentable porque evitan limitaciones y problemas en caso de accidente.

En definitiva, contratar un seguro de automóvil si eres joven, resulta un camino lleno de obstáculos y con un alto coste.

Algunas compañías han lanzado productos para facilitar esta labor a los jóvenes a la vez que amplían negocio.

Un ejemplo es Línea Directa que ofrece un seguro especial para los conductores jóvenes que “se preocupan por la seguridad y son responsables a la hora de conducir”, alegando que “Línea Directa apuesta por los jóvenes”. Es un seguro para conductores entre 18 y 25 años y les ofrece los mismos descuentos que al resto de conductores, siempre que el conductor sea responsable, se comprometa a no beber alcohol si va a conducir, no coja el coche de 1:00h a 6:00h y no tenga ningún accidente en tres años.

Si además contrata el servicio de asistencia en viaje, Línea Directa le ofrece de forma gratuita, hasta el 31 de diciembre de 2008, el traslado a él y a su coche al domicilio en caso de haber consumido alcohol o no estar en condiciones de conducir, cualquier día de la semana de 0:00h a 7:00h, con un límite de 4 servicios mensuales.

Es verdad que es un producto innovador pero también restrictivo por no poder utilizar el coche en horario nocturno, ya que para muchos jóvenes puede ser necesario. En cuanto al servicio de asistencia nocturna, es una buena idea, aunque no es gratuito ya que hay que tener contratado, previamente, el servicio de asistencia en viaje que tiene un coste.

Otra compañía que se ha lanzado a captar clientes entre los jóvenes es Mapfre, que ha visto una oportunidad de negocio en la aplicación de las nuevas tecnologías.

Creó una web con el nombre "jóvenes desiguales" para promocionar lo que ellos llaman "proyecto generación" que en realidad es una prueba piloto dirigida a 10.000 jóvenes, que contempla la instalación gratuita de equipos con conexión vía satélite durante un periodo de tres años. Esta idea se puso en marcha en julio del 2007 con el objetivo de poder hacer un análisis estadístico de la siniestralidad de los jóvenes conductores para publicarlo en lo que ellos llaman el Libro Blanco, que verá la luz a finales del 2008.

Mapfre argumenta que la causa de que los jóvenes tengan que soportar elevadas primas por su seguro es consecuencia del comportamiento general del colectivo joven y que no es justo que un conductor prudente tenga que pagar lo mismo que otros jóvenes que conduzcan peor. Consideran que un coche tiene más posibilidades de tener un accidente si circula por una vía secundaria de noche y en fin de semana que si va por autopista un día por la mañana

Lo que pretenden es ajustar la prima al comportamiento del conductor y no a su edad, es decir, el que se exponga más, debe pagar más. De ahí que el dispositivo que instalan en el coche vaya recopilando información de la vía por la que se circula, el horario, los excesos de velocidad, etc

Los jóvenes que participan en este proyecto tienen una serie de ventajas como son la posibilidad de localizar el vehículo en caso de robo, teleasistencia en caso de accidente de tráfico, descuento del 20% en la prima del primer año y descuento adicional de hasta un 60% tras el primer año dependiendo del nivel de bonificación y estilo de conducción demostrado.

De lo que no habla Mapfre es de la forma de cobro de la prima, sólo de los importantes descuentos en el segundo año de conducción.

Este proyecto vanguardista de cálculo de prima, también llamado pago por uso, ya se realiza en otras compañías fuera de España.

Lo que está claro es que este tipo de seguro solo beneficia a los jóvenes que usan poco el coche o que lo utilizan en horarios en los que no hay mucho tráfico y por vías seguras. En caso de jóvenes que usan mucho el coche, sobre todo en horario nocturno, no les interesa porque al final pagarían más que con una prima normal por su seguro de coche.

Seguro de moto

En España los seguros de moto son mucho más escasos y caros que los de coches y los jóvenes pagan hasta un 100% más por el mismo seguro que una persona de unos 30 años.

El RACC considera que el precio del seguro de moto en España es caro respecto del precio del seguro a terceros de un coche. Según un informe elaborado por el Automóvil Club, asegurar una motocicleta en España cuesta una media de 493euros, cantidad representativa del 9% del valor del vehículo, mientras que el precio medio del seguro de automóvil supone el 3% de su valor.

Las personas que conducen motos no tienen un índice de siniestralidad peor que las que conducen coches, además las aseguradoras temen asegurar ciclomotores y motos a menores de 25 años, pero esto también pasa en los coches. Por otro lado el precio a la hora de reparar una moto no es más caro que para un coche y si existe un siniestro los daños materiales causados a terceros por una moto son mucho menores que si lo hace un automóvil.

La clave de esta gran diferencia de coste entre el seguro de coche y el de moto se encuentra en los daños físicos a las personas, ya que el chasis de la moto es el propio conductor y por pequeño que sea el accidente las consecuencias pueden ser muy graves. A esto hay que sumarle los daños a pasajeros que en este caso, hay que indemnizar con arreglo a la Responsabilidad Civil Obligatoria y Responsabilidad Civil Voluntaria.

Por lo tanto se destaca que el precio del seguro no es proporcional al valor del vehículo, debido especialmente a las indemnizaciones por daños corporales, mucho más habituales en accidentes de moto, pero proporcionalmente al valor del vehículo, el seguro de moto es mucho más caro.

El informe del RACC resalta que el factor sexo influye más en los seguros de coche y de ciclomotor que en los seguros de moto, especialmente para los jóvenes. Comparativamente con las mujeres, los varones de 23 años pagan un 50% más en su seguro de auto y de ciclomotor mientras que en las motos esta diferencia es del 30%. En caso concreto de los vehículos de dos ruedas, los varones jóvenes pagan hasta 216euros de más de media en el seguro de las motos y 357 más en el de ciclomotor que las mujeres jóvenes.

Atendiendo a las diferentes ofertas de seguros para motos que hay en el mercado encontramos, por ejemplo, la de Línea Directa que tiene una promoción especial para scooter con un coste de 116 euros, pero si prestamos atención a la letra pequeña observamos que la oferta está sujeta a las normas de suscripción de la compañía y que sólo es válida para mayores de 30 años.

Otro ejemplo es el Génesis que ofrece un seguro para motos con multitud de coberturas como daños propios, daños por colisión, cobertura por pérdida total, etc. a la vez que alardea de las diferentes ventajas que tiene como por ejemplo una política de precios competitiva. El otro extremo de la oferta está en las limitaciones de contratación ya que solo está pensando para conductores de motocicletas o scooters de uso particular de más de 100cc y menos de 150 cv, con más de 25 años y más de 2 años con permiso de conducir de clase A, A1 o B y que disfruten de alguna bonificación por no siniestralidad en su actual compañía.

Éstos dos ejemplos ponen de manifiesto el problema que supone para un joven contratar un seguro de moto, ya que la mayoría de ofertas limitan su contratación a una determinada edad, como es el caso de Línea Directa cuya oferta es para mayores de 30 años, o si baja este límite, como es el caso de Génesis, se piden a mayores unos requisitos de antigüedad en el permiso de conducir.

NOMBRE DEL PRODUCTO **Seguro para jóvenes**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**Mutua Madrileña**
RAMO	Automóvil

CARACTERÍSTICAS

Coberturas:
- Terceros
- Todo riesgo con/sin franquicia
- "Superpóliza" con/sin franquicia

Condiciones:
Para jóvenes entre 18 y 26 años.
Coche nuevo o de segunda mano.
Importantes bonificaciones: hasta 30% al finalizar el primer año + hasta el 20% adicional al finalizar el segundo año (bonificación aplicada sobre la prima del año anterior)
Los familiares mantendrán sus bonificaciones y disfrutarán de las mismas ventajas al contratar un seguro a todo riesgo y sin franquicia.
Se pasa a formar parte del Autoclub mutua sin coste adicional.

OBSERVACIONES

"Nosotros sí te queremos!" "Seas como seas, tengas el coche que tengas, heredado, nuevo, de segunda mano, da igual…" "…ven a Mutua madrileña porque nosotros sí te queremos"

SIMULADOR DE PRIMA

La página web incluye un simulador de prima, para este cálculo hay que introducir los datos del vehículo, edad del conductor, años de antigüedad del permiso de conducir, Vamos a ver la diferencia en el coste de la prima entre un conductor novel y otro que tiene experiencia. Tomamos como ejemplo un coche marca SEAT modelo León, cilindrada 1968, 170cv.

Caso 1: asegurado de 20 años de edad con menos de una año de carné.

Importe (euros)	1ª anualidad	2ª anualidad	3ª anualidad
SuperPóliza	3.678,20	2.536,62	1.879,72
SuperPóliza (Franquicia)	2.184,32	1.500,69	1.123,16
Todo Riesgo	3.400,76	2.322,69	1.701,34
Todo Riesgo (Franquicia)	1.965,82	1.327,96	975,00
Terceros Plus+	1.545,76	945,00	768,12
Terceros	1.242,21	755,34	633,55

Caso 2: asegurado de 25 años con 3 años de antigüedad en el carné

Importe (euros)	1ª anualidad	2ª anualidad	3ª anualidad
SuperPóliza	2.799,63	1.832,25	1.152,77
SuperPóliza (Franquicia)	1.675,34	1.111,94	720,71
Todo Riesgo	2.538,84	1.634,43	990,94
Todo Riesgo (Franquicia)	1.458,93	942,75	576,13
Terceros Plus+	987,88	614,43	401,92
Terceros	735,26	464,65	306,36

CONCLUSIONES DE LA COMPARATIVA

Comprobamos la gran diferencia en el coste de la prima entre una persona joven sin experiencia y otra con más experiencia. De todas formas se indica en letra pequeña que los importes o porcentajes de descuentos son estimaciones para el vehículo y datos facilitados y que la variación de estos o la modificación de la tarifa podrían dar lugar a cambios en las primas. Se indica que hay importantes bonificaciones, hasta 30% etc., pero no especifica en función a que varían estas bonificaciones.

CONCLUSIONES

Queda de manifiesto la gran dificultad que supone para un joven contratar un seguro de coche o de moto, cuestión que resulta ilógica dado que dicho seguro es obligatorio y que si no dispone de él no puede conducir ningún vehículo.

Esto es debido a que se relacionan las palabras conductor joven con conductor temerario lo que viene acompañado de un aumento del riesgo y por lo tanto de la prima.

Las pocas ofertas que hay orientadas a los jóvenes resultan muy caras y además hay que hacer frente a muchas restricciones como por ejemplo no conducir durante la noche. Es una cláusula demasiado restrictiva ya que puede llegar a ser una necesidad la conducción nocturna bien porque se trabaje durante la noche o porque se necesite por cualquier causa.

Resulta todo un logro conseguir un seguro para una persona que acaba de obtener el permiso de conducir. En resumen, las imprudencias de unos las pagan todos con altas primas, trabas e inconvenientes a la hora de contratar o cobrar la indemnización en un siniestro.

PROPUESTAS

Dar mayores ayudas para incentivar la contratación de seguros de automóvil a los jóvenes ya que no es un seguro que se tenga por gusto, si no que como ya se ha dicho anteriormente, es un seguro obligatorio por ley se deberían de dar más ayudas para su contratación.

Se corre el peligro de que ante la dificultad de encontrar un seguro de automóvil asequible se opte por no tenerlo y esto sería un caos. Es por ello que se debería incentivar a las compañías aseguradoras de que ofrezcan estos productos a los jóvenes o dar directamente subvenciones a los jóvenes para poder hacer frente al seguro. Más vale esto que encontrarnos con que la mayoría de los conductores jóvenes conducen sin disponer de ningún seguro.

Otra opción es que las compañías dieran un voto de confianza a los conductores jóvenes y no les castigaran con altas primas sólo por el hecho de que tienen fama de conducir con más temeridad. Se debería cobrar una prima igual para todos, y en función de la trayectoria del conductor, es decir del número de siniestros que tengan, penalizarle por no conducir con precaución.

Los seguros de desempleo defraudan las expectativas de sus usuarios

Según datos del Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales, el número de desempleados registrados en las Oficinas de los Servicios Públicos de Empleo ha aumentado desorbitadamente durante los últimos meses, y las expectativas no son nada esperanzadoras para 2009.

Este repunte del paro afecta a la situación financiera de muchas personas que deben continuar pagando hipoteca, gastos fijos, etc. también durante el tiempo que permanezcan sin trabajar.

La pérdida del empleo supone una de las peores situaciones con las que pueda encontrarse una persona, especialmente si la economía familiar depende de esos ingresos.

Esta situación se puede cubrir a través de los seguros de protección de pagos en los cuales se abona al titular una cantidad equivalente a la cuota mensual de la hipoteca o préstamo personal. La cuota máxima que cubre el seguro de protección de pagos queda establecida en función del tipo de contrato que se suscriba.

Los desempleados tienen además la opción de suscribir un seguro de amortización de créditos para cubrir los casos de desempleo, extensibles a los casos de incapacidad laboral.

Los requisitos exigidos para contratar estos seguros son ser menor de 60 años, estar contratado o dado de alta como autónomo y presentar un certificado de salud. Sin embargo, no es válido para todos aquellos que se encuentren en situación de desempleo, ya que esta póliza reconoce como situación de paro el momento en que el asegurado pierde su puesto de trabajo por despido improcedente. El resto de supuestos como extinción del contrato laboral, etc. quedan excluidos. En cuanto a la antigüedad del contrato las aseguradoras exigen un mínimo de permanencia en la misma empresa, que oscila entre seis y tres años.

El problema viene porque muchas veces estos seguros son incluidos en los contratos de los préstamos hipotecarios sin el conocimiento pleno de sus condiciones.

Hay casos en que se encuentra una incompatibilidad entre el servicio y el cliente, ya que algunos gestores de entidades financieras ofrecen este tipo de seguro a trabajadores con contratos por obra y servicio sabiendo que, por lo general, este tipo de seguros sólo cubre las incidencias de titulares con contratos indefinidos.

Además las entidades financieras imponen la entidad aseguradora con la que se contratará el servicio de protección de pagos, impidiendo elegir libremente al consumidor la oferta que mejor le convenga en otra compañía.

Este seguro de pagos sólo contempla los casos de desempleo cuando el asegurado es titular de un contrato fijo y tras el despido tiene derecho a recibir el subsidio de desempleo y rechaza los casos considerados como despidos improcedentes.

Por último hay que destacar su escasa incidencia ya que, en la mayoría de los casos, las prestaciones del seguro se limitan a cubrir hasta un 3 % de la deuda y no siempre cubren la totalidad de la cuota mensual que debe afrontar el consumidor.

NOMBRE DEL PRODUCTO **Seviam Plus**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**LA CAIXA**
RAMO	Desempleo

CARACTERÍSTICAS

Coberturas:

■ Situación de desempleo de los trabajadores por cuenta ajena o situación equivalente que dé derecho a la percepción de la prestación contributiva del INEM, con contrato laboral o con duración superior a la de la operación de crédito.

■ Incapacidad temporal por accidente o enfermedad. Cobertura que se aplica a quienes no pueden asegurarse por desempleo.

El Seviam Plus cubre, como máximo, 6 mensualidades consecutivas o un total de 18 alternas, en el caso de varios siniestros.

Condiciones:

Este seguro cubre entre el 50% y el 100% de la cuota del préstamo.

Sólo es contratable durante los 4 meses posteriores a la contratación del préstamo/crédito.

OBSERVACIONES

"El objetivo esencial de este seguro es cubrir las cuotas del préstamo/crédito en caso de desempleo o incapacidad temporal, según las condiciones de la póliza".

VENTAJAS

■ En caso de desempleo, permite el reingreso en el mercado laboral con cierta tranquilidad y no incurrir en impagos durante un tiempo.

INCONVENIENTES

■ Sólo es contratable durante los 4 meses posteriores a la contratación del préstamo/crédito.

■ No siempre cubre el 100%, cubre entre el 50% y el 100% de la cuota del préstamo.

■ Sólo cubre como máximo 6 mensualidades seguidas.

NOMBRE DEL PRODUCTO **BBVA Protección de Pagos (protección total)**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**BBVA**
RAMO	Desempleo

CARACTERÍSTICAS

Coberturas:
- Fallecimiento
- Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente
- Gran Invalidez
- Desempleo (trabajador por cuenta ajena)
- Incapacidad Temporal (trabajador por cuenta propia)

Condiciones:
Edad de contratación: entre 14 y 60 años.
La edad del asegurado más la duración del préstamo no podrá superar los 75 años.

OBSERVACIONES

"BBVA Protección de Pagos es un Seguro de Vida Temporal y renovable anualmente vinculado a préstamos hipotecarios concedidos por BBVA. Una prima anual que permite mantener protegida su economía, ya que en caso de contingencia de algunas de las garantías contratadas, su préstamo será cancelado inmediatamente". No se cancela el préstamo inmediatamente ya que solo cubre la cuota durante un año y sólo hasta 1.352,28 euros.

VENTAJAS

- Cubre el desempleo o la incapacidad temporal con el pago mensual de la cuota.

INCONVENIENTES

- Sólo es contratable durante los 4 meses posteriores a la contratación del préstamo/crédito.
- No siempre cubre el 100%, cubre entre el 50% y el 100% de la cuota del préstamo.
- El pago de las cuotas por incapacidad temporal sólo queda cubierto con un límite de 12 pagos por siniestro o 36 alternos y durante la vigencia de la póliza, ya que la vigencias es anual y renovable.
- La cuota máxima asegurable son 1.352,28 euros. Toda cantidad de cuota que supere esta cifra debe ser aportada por el asegurado.

NOMBRE DEL PRODUCTO Santander Protección de Préstamos

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**Santander**
RAMO	Desempleo

CARACTERÍSTICAS

Condiciones:
Edad mínima: Asegurado y Tomador: 18 años
Edad máxima Asegurado: 64 años
Edad máxima asegurable: para Fallecimiento 70 años; para Invalidez Absoluta y Permanente, Incapacidad Temporal y Desempleo 65 años.

Los capitales, a partir de los cuales se precisan requisitos médicos (en función de la edad), son:

Edad	Capital Asegurado
Hasta 50 años	250.000 euros
De 50 a 60 años	150.000 euros
Más de 60 años	90.000 euros

Coberturas:
- Fallecimiento e invalidez absoluta y permanente.
- Desempleo e incapacidad temporal por cualquier causa.
- Para aquellos préstamos personales que tengan vinculado un seguro con un capital de 18.000 euros o más, la prestación anual mínima por fallecimiento e invalidad absoluta y permanente será de 6.000 euros, y para aquellas pólizas con capitales asegurados inferiores a 18.000 euros será de 3.000 euros.

OBSERVACIONES

"Si usted posee o desea solicitar un préstamo, Banco Santander le puede garantizar que no tenga que preocuparse por el pago del mismo.
Santander Protección Préstamos permite resolver situaciones de cese de percepción de ingresos por paro, invalidez o incapacidad con total flexibilidad. Si el préstamo es hipotecario, en caso de fallecimiento, sus herederos adquirirán automáticamente la plena propiedad de la vivienda"

VENTAJAS

- Cubre el desempleo o la incapacidad temporal con el pago mensual de la cuota.

INCONVENIENTES

- A partir de determinada edad se necesitan unos requisitos médicos y hay unos capitales asegurados, por lo que el resto no lo cubre el seguro.

- Este tipo de seguro sólo cubre un porcentaje mínimo (en ningún caso llega al 5%) del préstamo. Por lo que ante una eventualidad que esté recogida dentro de los riesgos cubiertos sí nos cubrirá y durante un plazo determinado, todos los casos que no queden contemplados y los períodos de tiempo que excedan los plazos previstos de pago por el seguro quedan excluidos. En definitiva una gota en un vaso de agua.

CONCLUSIONES

Aunque se presenta como un seguro para aliviar carga financiera en un momento especialmente complicado como es el desempleo, encontramos que en realidad no resulta una solución tan ideal como esperábamos ya que en la mayoría de los casos no cubre ni la totalidad de la cuota a pagar ni la duración de la situación de desempleo por lo que es un alivio momentáneo con todos los gastos que acarrea la contratación de un seguro.

Además, si comparamos la cantidad total del capital que pueden cubrir estos seguros en cuotas del tiempo en el que se ofrece la cobertura vemos que en ninguno de los pasos se llega ni al 3% del total del préstamo, por lo que se plantean como una solución muy puntual.

Más que un alivio para el asegurado desempleado es una tabla de salvación para la entidad financiera que se encuentra en la situación de que sus cobros pueden verse afectados ante la falta de pagos de la persona que se ha quedado en paro y por lo tanto ve peligrar la recuperación del dinero prestado. Además de ser un seguro que suele pagarse en prima única e incluso "meterse" dentro de los gastos del préstamo, es decir, "subvencionarse" a través del préstamo, con lo que el capital a devolver es mayor con el consiguiente beneficio para la entidad.

PROPUESTAS

Ya que la entidad financiera es la principal beneficiaria de este seguro, no debería cobrar unas primas tan altas y desproporcionadas ni limitar las prestaciones. Si se contrata un seguro de desempleo para protegerse en caso de no poder hacer frente a las deudas, dicho seguro debería cubrir la totalidad de los pagos pendientes. Debería haber más regulación en este tema.

Estos problemas de impago en situaciones sobrevenidas pueden ser resueltos con soluciones legislativas, como una Ley de Sobreendeudamiento , como así ocurre ya en otros países europeos. En estas legislaciones se prevén soluciones a situaciones de sobreendeudamiento en el que se ven envueltas familias que por circunstancias sobrevenidas y ajenas totalmente a su voluntad no pueden hacer frente al pago de sus compromisos con entidades financieras (préstamos y créditos).

La tercera edad, un segmento descuidado por las aseguradoras

Un segmento olvidado para las compañías de seguros es el de los mayores. Este hecho resulta llamativo si tenemos en cuenta que es un sector en continuo crecimiento ya que se prevé que para el año 2020 haya más personas mayores de 50 años que menores de esta edad.

Para una persona mayor de 65 años buscar un seguro de decesos es toda una odisea ya que se encuentran con compañías que o bien no permiten su contratación rebasada esa edad, u ofrecen productos de prima única con precios muy elevados, y con coberturas con demasiadas limitaciones, excepciones o incluso los gastos que tienen que ser compartidos entre asegurado y compañía (copago) precisamente en una etapa de la vida en la que los ingresos se han visto, en ocasiones mermados por la finalización de la actividad laboral del interesado.

El buen estado de saludo de la persona es primordial, ya que ninguna compañía aceptará después el fallecimiento si viene provocado por una enfermedad preexistente pero no declarada.

La excusa que se pone a la hora de negar un seguro a los mayores es que supone un exceso de riesgo que no merece la pena, ya que a partir de los 65 años el riesgo de fallecimiento es muy alto y el asegurado deja de ser rentable para la compañía aseguradora. Las probabilidades de que se produzca el siniestro se elevan y esto hace que se incremente el precio de las primas.

En otros países este segmento de población recibe más atención por parte del sector asegurador, que diseña y comercializa para ellos productos específicos en ramos como hogar, automóviles, vida, etc. En nuestro país algunas aseguradoras han comenzado a introducirse, aunque de manera prudente.

Analizando la oferta de seguros que las compañías aseguradoras ofrecen a este colectivo encontramos que está principalmente centrada en el ramo de vida, salud y decesos.

En complemento de esta oferta, los mayores suelen contratar cada vez más servicios de teleasistencia, un fenómeno que se va acentuando con el desarrollo de las nuevas tecnologías al servicio de los seguros, y también son potenciales clientes para la contratación de seguros de viaje, ya que los mayores viajan más y prefieren hacerlo con mayor seguridad.

Este descuido por parte de las aseguradoras no solo se queda en la escasez de oferta de seguros que puedan cubrir la demanda y necesidades, cada vez mayores debido al aumento de población de esta edad, sino que en el caso de existir estos productos son comercializados con falta de información y transparencia por parte de comerciales, que en muchas ocasiones solo tienen en cuenta los objetivos de venta, dando lugar a condicionar la contratación haciéndoles creer que sí que lo necesitan cuando en realidad es totalmente innecesario. Además, esta información es escasa y hace que este sector, por sus propias condiciones, ignore lo que está contratando o no entienda bien todo lo que suponer la firma de la póliza.

NOMBRE DEL PRODUCTO **Póliza Oro Plus**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**Cisne Aseguradora**
RAMO	Salud

CARACTERÍSTICAS

Coberturas:
- Asistencia Sanitaria (territorio nacional y extranjero)
- Asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades y lesiones
- Cuadro médico con 23.000 especialistas
- Asistencia de carácter urgente
- Asistencia médico domiciliaria
- Medios diagnósticos y terapéuticos
- Hospitalización médica sin límite
- Asistencia en viaje

Garantías:
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Geriatría
- Logofoniatría
- Quimioterapía
- Ambulancia
- Podología
- Prótesis (límite de 3.000 euros/año)
- Asistencia Psicológica

OBSERVACIONES

"Nunca es tarde para sentirse seguro. Con la Póliza Oro Plus tendrá la oportunidad de poder acceder a las mejores prestaciones sanitarias privadas aunque haya superado los 64 años"

VENTAJAS

- Incluye unas garantías exclusivas que no ofrece la Póliza Oro (para menores de 64 años).

INCONVENIENTES

- Ofrece coberturas de asistencia en todo el mundo, pero no se especifica si todos los gastos los cubre la compañia o solo un porcentaje o límite.

- Gastos como el de prótesis tienen límites de 3.000 euros/año.

NOMBRE DEL PRODUCTO **BBVA Vida Senior**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**BBVA**
RAMO	Vida Senior

CARACTERÍSTICAS

Condiciones:
Desde los 65 hasta los 70 años.
Se puede mantener hasta los 75 años.

Coberturas:
- Fallecimiento
- Decesos
- Cancelación descubiertos en cuenta o tarjeta

VENTAJAS

- "Cubre el fallecimiento del titular sea cual fuere la causa".

INCONVENIENTES

- La edad de contratación es muy limitada ya que sólo va desde los 65 hasta los 70 años.
- Cubre sólo hasta los 75 años.
- En caso de fallecimiento paga facturas hasta 3.606,07 euros y no presta servicios.
- Cubre cancelación en descubiertos en cuentas o tarjetas de hasta 3.606,07 euros en conjunto, sólo de cuentas y tarjetas del BBVA.
- El capital no ofrece revalorizaciones.

NOMBRE DEL PRODUCTO Ocaso Asistencia a Prima Única

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**Ocaso**
RAMO	Decesos

CARACTERÍSTICAS

Condiciones:
Para mayores de 70 años.
Sólo para domiciliados en territorio español.

Coberturas :
- Gastos de Sepelio .
- Traslado del fallecido.
- Asistencia en España y en el Extranjero como consecuencia de accidente o enfermedad grave en el transcurso de un viaje.
- Asistencia de Orientación Legal.

OBSERVACIONES

Este seguro está pensado específicamente para aquellas personas mayores de 70 años que viven en el territorio español y que por diversas circunstancias no tuvieron en su día la previsión de contratar un Seguro de Decesos.

VENTAJAS

- Disponer de una plataforma de asistencia para que cuando surja el problema, con una simple llamada resuelvan las necesidades que surgen con ocasión de un fallecimiento, acompañando y ayudando a su familia.

- Revaloración anual automática de los capitales asegurados al 3%

INCONVENIENTES

Si lo comparamos con el seguro de decesos que ofrece Ocaso para un perfil de asegurado más general encontramos que este último ofrece una serie de coberturas que el seguro Ocaso Asistencia a Prima Única no tiene como por ejemplo:
- Cobertura de accidentes complementarios que incluye indemnización en caso de muerte o invalidez permanente por accidente y doble indemnización en caso de accidente por circulación
- Garantía opcional de enfermedad que incluye subsidio por internamiento y traslado en ambulancia y garantía opcional complementaria de asistencia

En definitiva el seguro de decesos que Ocaso ofrece a los mayores de 70 años no es tan beneficioso como el que ofrece al resto de asegurados ya que no incluye coberturas importantes como es la indemnización en caso de muerte o invalidez permanente. Tampoco ofrece ninguna garantía opcional.

NOMBRE DEL PRODUCTO **Sanitas Oro Reembolso**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	**Sanitas**
RAMO	Salud

CARACTERÍSTICAS

Condiciones:
Asistencia médica especializada para personas mayores de 60 hasta los 75 años.

No hay edad máxima de permanencia.

Coberturas:
- Cuadro médico exclusivo.
- Medicina primaria: medicina general, ATS, servicios de urgencias.
- Acceso a todas las especialidades médicas: atención especial en domicilio, prótesis, análisis, podología ilimitada, cobertura dental básica, etc.
- Pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos: Análisis clínicos, anatomía patológica, aerosolterapia y ventiloterapia, quimioterapia, etc.
- Habitación individual con cama para acompañante: en caso de hospitalización.
- Atención telefónica 24 horas.
- Red asistencial en centros propios.
- Psicología.

OBSERVACIONES

"Pensado para ti"
Se perciben algunas diferencias entre el seguro Sanitas Oro Reembolso (para mayores de 60 años y el seguro Sanitas Familiar Reembolso (hasta 60 años)

VENTAJAS

- En caso de hospitalización una habitación individual con cama para acompañante.

- Asistencia de urgencias en viajes al extranjero: con una cobertura de asistencia de hasta un máximo de 10.000 euros por persona y siniestro.

- Descuentos especiales en balnearios, soluciones estéticas y residencias para mayores.

- Descuentos especiales por permanencia 5 años de antiguedad.

INCONVENIENTES

- Existe copago en los costes médicos.

- No se incluye:
  - Indemnización por enfermedades graves: Infarto de miocardio, cáncer y trasplante órganos vitales.
  - Segunda opinión médica: Los mejores especialistas de reconocido prestigio internacional, a tu alcance en caso de enfermedades graves.
  - Coberturas opcionales:
  - Indemnización por accidente, tanto en caso de fallecimiento como de invalidez del socio.
  - Indemnización por hospitalización, consistente en una ayuda económica diaria en caso de hospitalización médica o quirúrgica.
  - Indemnización económica o prestación de servicios en caso de dependencia, ya sea debida a accidente o por enfermedad.
  - La protección por la que en caso de fallecimiento del tomador de la póliza los beneficiarios tendrán cubierto un año de prima sin reembolso.

CONCLUSIONES

El principal problema a la hora de contratar un seguro las personas de mayor edad se encuentra en la poca oferta que existe en el mercado y aunque algunas Compañías promocionen seguros especialmente orientados a este sector incidiendo en las múltiples ventajas, la realidad es que el conjunto de coberturas que incluyen es mucho menor que las que se dan en un seguro del mismo tipo pero orientado a un perfil de asegurado más joven.

Comprobamos que normalmente si el seguro va orientado a mayores de 65 rara vez se indemniza en caso de hospitalización, invalidez y fallecimiento.

En la mayoría de estos seguros es común el copago o lo que es lo mismo, la participación del asegurado en los costes médicos con una cierta cantidad, práctica que es menos habitual en los seguros orientados a una generalidad.

Por otra parte existe el peligro de que las cláusulas del seguro incluyan exclusiones o carencias no explicadas y que las personas mayores al ir a contratar dicho seguro no sean conscientes de lo que están contratando y no entiendan bien todo lo que supone la póliza.

PROPUESTAS

Una de las posibles soluciones sería intentar aplicar un lenguaje más sencillo ya que puede resultar un poco complicado para una persona mayor entender coberturas que incluye el seguro y puede llegar a crear un error en la persona creyendo que está asegurado al 100% ante cualquier causa cuando no es así.

Una mayor regulación de la publicidad para que sea un fiel reflejo de la realidad y se exprese claramente que es lo que cubre el seguro.

Una mayor regulación de las compañías de seguros por parte de la Dirección General de Seguros y una mayor rigidez a la hora de aplicar las normas y de sancionar a aquellas compañías que no actúen de buena fe con sus asegurados para evitar que existan abusos tanto a la hora de contratar como cuando se produce el riesgo del que es objeto la póliza ya que se trata de un sector especialmente desprotegido.

Exigir a las compañías aseguradoras que comercialicen seguros a personas de avanzada edad que informen por escrito mediante una nota informativa al futuro tomador sobre diferentes aspectos del producto que se va a contratar (modalidad que se está ofertando, información sobre las actualizaciones de capitales asegurados y primas a cobrar en el futuro, etc).

CONCLUSIONES GENERALES

Algunos de los problemas que afrontan estos colectivos son transversales y afectan por igual a los cuatro segmentos. Un ejemplo de ello lo constituye el factor precio, especialmente relevante. Todos ellos pagan más por un servicio que a otros segmentos de la población les resulta más económico contratar.

Asimismo, al ser colectivos de marcada segmentación son objeto de agresivas campañas publicitarias que a posteriori esconden coberturas deficientes.

Otro aspecto a tener en cuenta es que todos ellos reciben en muchos casos una información deficiente que se aprovecha de una situación desventajosa como puede ser el desconocimiento del idioma (inmigrantes); la juventud e inexperiencia (jóvenes); la ansiedad ante una situación desfavorable en la vida de un adulto (desempleo); una mengua de capacidades (tercera edad) o un escaso grado de formación que puede afectar por igual a todos los segmentos descritos.

En cierta medida, también es común a todos los grupos el no cumplimiento de las expectativas por parte del producto contratado, lo vemos de forma clara en el caso del seguro de protección de préstamos, que en realidad no resulta una solución tan ideal como esperábamos ya que en la mayoría de los casos no cubre ni la totalidad de la cuota a pagar ni la duración de la situación de desempleo.

Por otro lado, se da el fenómeno de la suma e intersección de aspectos desfavorecedores que acaban convirtiendo a un consumidor en doble (inmigrante de la tercera edad) o triplemente perjudicado (joven desempleado inmigrante).

Las discriminaciones que sufren estos colectivos pueden tener su origen en aspectos biológicos (la edad: jóvenes y mayores) o simples prejuicios materializados en tópicos interiorizados por amplios segmentos de la población que también influyen en las empresas aseguradoras (“el inmigrante no va a pagar”; “el joven es temerario”). Si bien, en muchas ocasiones esta política de gravar a los colectivos de referencia viene avaladas por cifras y estadísticas fiables, resulta injusto que “paguen justos por pecadores”, sin conceder al menos el beneficio de la duda y grabar con posterioridad a la existencia del siniestro (por ejemplo en el caso de la contratación del seguro de automóviles por parte de los jóvenes).

Por último, un peligro que acecha a la mayoría de estos grupos son las exclusiones o carencias ocultas en las cláusulas de los diferentes seguros que no suelen ser convenientemente explicadas, por lo que las personas que contratan el seguro, por lo general, no son conscientes de lo que están contratando y no entiendan bien todo lo que supone la póliza. al ir a contratar dicho seguro no sean conscientes de lo que están contratando y no entiendan bien todo lo que supone la póliza.

PROPUESTAS DE ADICAE

■ Mayor regulación de la publicidad, para evitar la confusión y las decepciones o falsas expectativas de consumidores que contratan un seguro pensando que cubre sus necesidades y se encuentra con un producto que no le protege en los términos en que esperaba. La publicidad ha de ser un fiel reflejo de la realidad y expresar claramente lo que cubre el seguro.

■ Proporcionar la máxima información posible para evitar situaciones de incomprensión e inseguridad en el usuario.

■ Fomentar las ayudas para incentivar la contratación de los seguros obligatorios “de facto” o “de iure” cuyos destinatarios carecen de los recursos suficientes para afrontarlos.

■ Regular e impedir la penalización por adelantado sin que existan pruebas que la justifiquen.

■ Rebajar las primas de los seguros que benefician al prestatario y al prestador (como el seguro de protección de pagos, el seguro de vida adscrito a un préstamo, etc.).

■ Simplificar los términos empleados en la información destinada a los consumidores.

■ Establecer un cuestionario tipo que tenga que cumplimentar el consumidor en el que quede patente a través de preguntas sencillas que comprende los términos de la contratación del producto y las prestaciones que conlleva.

■ Mayor regulación y supervisión de las aseguradoras por parte de la Dirección General de Seguros y una mayor rigidez a la hora de aplicar las normas y de sancionar a aquellas compañías que no actúen de buena fe con sus asegurados para evitar que existan abusos tanto a la hora de contratar como cuando se produce el riesgo del que es objeto la póliza especialmente en los sectores desprotegidos.

E) EL PROBLEMA DE LOS SEGUROS VINCULADOS

El hecho de comprar un producto o contratar un servicio y que a su vez tenga éste un seguro vinculado cada vez es más común y generalizado. Este fenómeno ha ido aumentando en los últimos años, quizás por necesidades de los propios consumidores o acentuado por el propio sector asegurador que ha visto una gran oportunidad de beneficio en los seguros vinculados. El propio desconocimiento por parte del consumidor, puesto que no ha sido informado de la existencia de este seguro, o bien la obligatoriedad de contratación de este seguro condicionado al producto o servicio principal (práctica habitual en préstamos y créditos), hacen que aumente el precio final del producto o servicio principal. Por lo tanto, es conveniente saber la existencia de estos seguros y sus pros y contras, para realizar una contratación consciente y acorde a las necesidades reales de cada consumidor.

Seguros vinculados a productos y servicios financieros

SEGUROS DE IMPAGO:

Suelen contratarse al tiempo que se contrata la hipoteca, ofrecidos por la misma entidad prestamista. Se hacen cargo de pagar las cuotas **si el deudor se queda en el paro o atraviesa una incapacidad temporal**. Pero **no cubren** cualquier situación que responda a estas *características: por ejemplo, si el desempleo se debe a un despido procedente* no intervienen, ni tampoco si la incapacidad obedece a una enfermedad derivada del *embarazo o el parto*. Además, su cobertura es *limitada en el tiempo y en la cuantía*. En general, antes que pagar una prima, resulta más recomendable ir apartando dinero y dedicarlo a una inversión de bajo riesgo de la que poder echar mano en caso de necesidad.

Seguros que pagan, si sus ingresos fallan :

El préstamo hipotecario suele devolverse en un plazo largo en el que pueden ocurrir muchas cosas: ser despedido, pasar por una larga enfermedad... Con todo, los **seguros de protección de pagos** no interesan demasiado. Visitando diversas entidades para saber qué ofrecen estos seguros (normalmente sólo pueden contratarse si se tiene un préstamo hipotecario o personal en la misma entidad). Se hacen cargo temporalmente del pago del préstamo si el deudor se ve ante una situación de:

– *Desempleo*, si se trata de trabajadores por cuenta ajena (suele exigirse que se tenga un contrato indefinido con una antigüedad mínima de varios meses).

Lo normal es que se excluya el despido improcedente con indemnización inferior a la legal, los despidos procedentes, las bajas voluntarias y los despidos dentro de una relación laboral entre familiares.

– *Baja por incapacidad temporal*, si se trata de trabajadores por cuenta propia. Suelen excluirse las bajas motivadas por enfermedades existentes antes de la contratación, las derivadas del embarazo o el parto y de tratamientos estéticos, y algunas relacionadas con problemas psicológicos como el estrés o la depresión.

Numerosos inconvenientes:

– El *plazo de contratación* máximo suele ser de cinco años.

– Normalmente el seguro *no cubre nada durante un periodo de carencia de uno o dos meses* tras la contratación, y si se ve obligado a pagar una temporada, habrá otra carencia de 6 meses en los que no se cubrirán nuevas situaciones de desempleo o de incapacidad motivada por la misma enfermedad que la vez anterior (un solo mes si es de otro tipo).

– Las entidades no suelen cubrir las cuotas del préstamo más de 12 meses consecutivos y entre 24 y 36 alternos. El pago puede demorarse en caso de despido, mientras se aclara si es improcedente o no y se fija la indemnización.

– La cuantía de la cobertura está imitada: por ejemplo, para un préstamo de 150.000 euros a 25 años no superaría una cifra de entre 1.350 y 2.000 euros mensuales, dependiendo de la entidad (si la TAE fuera del 6%, rondaría los 966 euros).

En cuanto a la prima, para ese mismo supuesto, ronda los 400 euros anuales (para un periodo de 5 años se abarata y va de 1.700 a 2.200 euros en total).

En vista de las limitaciones, **hay mejores opciones**:

– Si se tiene un patrimonio suficiente o fuentes de ingreso alternativas, más vale prescindir del seguro.

– Si es posible, lo ideal es prevenir e ir depositando una cantidad mensual en una inversión de bajo riesgo, como por ejemplo una cuenta de alta remuneración, con la que hacer frente a las primeras cuotas en caso de problemas.

– Para los autónomos, puede resultar más barata la contratación de un seguro de incapacidad temporal que complete la prestación de la Seguridad Social, aunque no pague nada hasta pasados algunos meses.

Hasta hace pocos años eran las aseguradoras quienes comercializaban mayoritariamente este producto, pero ahora una gran parte de bancos y cajas de ahorro lo ofertan entre los servicios que ofrecen a sus clientes. Y lo que es más importante, están renovando y diseñando nuevos productos de estas características dirigidos a segmentos de la población previamente asignados: autónomos, asalariados, funcionarios, etc. Pese a que la

gran mayoría de entidades disponen de un servicio específico de seguros, no todos ofrecen este tipo de producto. Banco Popular, Banco Santander, Banesto, Bilbao Vizcaya Argentaria, Caja de Ahorros del Mediterráneo, Ibercaja, la 'Caixa' y la 'Kutxa' sí lo tienen. Aunque los 'imprevistos' que cubren suelen ser similares, se asocian sobre todo a los créditos hipotecarios y personales. Por eso, en la mayoría de las ocasiones para acceder a estos seguros hay que tener contratada con la entidad financiara la hipoteca o el préstamo personal. En este sentido, la mayoría de bancos y cajas de ahorros conciben el 'Seguro de Protección de Pagos', como un servicio adicional al préstamo contratado. **De ahí que tengan que suscribirse conjuntamente en la misma entidad, es decir, no se puede contratar la póliza en un banco y el producto de financiación en otro**.

El mercado actual

Hasta el momento, bancos, cajas de ahorro, financieras de consumo e intermediarios de hipotecas son las entidades que más se aplican en distribuir los SPP. Centrándonos solamente en los bancos y cajas, el **Banco Bilbao Vizcaya Argentaria** ha diseñado el 'Seguro BBVA Protección de Pagos', que permite a sus clientes escoger entre dos modalidades de contratación. Por una lado, la denominada 'Protección Básica', formada por las garantías de fallecimiento, incapacidad permanente absoluta e infarto agudo de miocardio. En este caso, si se produjera cualquiera de estas situaciones el capital pendiente del crédito quedaría automáticamente amortizado. Y por otro, la modalidad de 'Protección Total', que garantiza, además de las incluidas en la 'Protección Básica', el desempleo (para trabajadores por cuenta ajena) o la incapacidad temporal (para trabajadores por cuenta propia) .

Otra entidad que dispone de doble modalidad en función de las necesidades del cliente es '**La Caixa**'. Por un lado, con el 'Serviam Abierto', cuya principal característica es que los beneficiarios no heredan la deuda pendiente derivada de los préstamos del titular. Además, se puede combinar con un seguro que cubra en caso de paro o incapacidad temporal. "El objetivo esencial de este seguro es proteger y mantener la estabilidad económica de tu familia, en caso de fallecimiento, o protegerte a ti mismo, ante un caso de invalidez absoluta y permanente", explican desde la entidad. La forma de pago es flexible, en función de la modalidad, en donde el asegurado puede optar por abonar el seguro con un solo pago, de manera anual, o mediante cuotas periódicas mensuales. Entre las principales coberturas que cubre destacan el fallecimiento, invalidez absoluta y permanente. Ha que tener en cuenta que el importe de la prima es muy bajo en relación con la cuota del préstamo y las coberturas de este seguro. No deja de ser un préstamo hipotecario donde los titulares pueden asegurarse individualmente por un porcentaje no inferior al 50% del capital del préstamo.

Otra opción es la contratación del denominado 'Serviam Plus', mediante una prima no excesivamente gravosa, que permite cubrir las cuotas de préstamos personales e hipotecarios en caso de sufrir una situación de desempleo o de incapacidad temporal por accidente o enfermedad. "Es un complemento para los asegurados de 'Serviam Abierto' que deseen ampliar sus coberturas". Aunque eso sí, sólo es contratable durante los cuatro meses posteriores a la suscripción del crédito. Así, por ejemplo, en caso de desempleo permite plantearse el reingreso en el mercado laboral con mayor tranquilidad ya que cubre entre el 50% y el 100% de la cuota del préstamo.

Para aquellas personas que tengan concedido un préstamo con garantía personal o hipotecaria, la '**Kutxa**' dispone de un nuevo SPP, destinado para situaciones específicas de desempleo o incapacidad temporal producida por una accidente o enfermedad. Según la caja vasca está especialmente dirigido a personas físicas clientes de esta entidad, que contratan el seguro y soportan el pago de la prima de un préstamo hipotecario o personal. La cuota máxima que cubre este seguro queda establecida en 1.350 euros mensuales, y entre sus características resaltan la cuota constante y la periodicidad de pagos de cuota mensual.

El **Grupo Banco Popular** es otra de las entidades españolas que dispone en el mercado de un seguro de protección de pagos para garantizar el pago de la cuota mensual del préstamo hipotecario o personal, en caso de desempleo o incapacidad temporal. En esta ocasión de doble forma, por un lado, cubriendo el desempleo de las personas físicas con una relación laboral de carácter indefinido con un empleador, y por otro, para autónomos, funcionarios o trabajadores temporales, en el que se garantiza el pago de las cuotas mensuales en situación de incapacidad temporal. La cuota máxima mensual es de 1.600 euros para préstamos hipotecarios y 900 en préstamos personales. La indemnización es de 12 cuotas consecutivas y 24 alternas. Una de las características que define a este producto, diferenciándolos de otros, es que el importe se abona en un único pago al inicio del préstamo.

Ibercaja por su parte, entre su gama de servicios y productos ha lanzado otro SPP, que en este caso concreto se abona con una cantidad equivalente a la cuota mensual, en el momento del siniestro, de la hipoteca o del préstamo en caso de baja laboral por enfermedad o accidente o desempleo, según la profesión que se tenga.

Salir de compras con la intención de adquirir un solo producto y volver a casa repleto de artículos no es sólo una práctica que se da en el puro ámbito del consumo. También al entrar en un banco a contratar una hipoteca ocurre algo similar: resulta muy complicado salir de la entidad únicamente con un préstamo en el bolsillo. En la actualidad, la gran mayoría de las hipotecas que se comercializan en España (sobre todo las de interés variable) vienen asociadas a seguros, planes de pensiones o tarjetas de crédito, y no se pueden contratar solas. Para beneficiarse de unas condiciones más o menos atractivas en el préstamo, las entidades exigen contratar un sinfín de productos, lo que encarece significativamente el coste final de la hipoteca. Antes de contratarla, conviene, por tanto, fijarse en los numerosos "añadidos" a los que habrá que hacer frente. Por poner sólo un ejemplo, un préstamo con un tipo de interés alto puede resultar más barato que otro con el tipo más bajo pero que exija contratar un seguro de vida.

Ante la desaceleración que vive el segmento hipotecario en la actualidad, las entidades exigen contratar cada vez más productos asociados cuando un cliente pide una hipoteca. La rentabilidad del negocio es menor, por lo que las entidades buscan vincular a sus clientes con más productos para así impulsar su cuenta de resultados. No obstante, conviene fijarse en las exigencias y en cómo quedará la cuota final antes de contratar una hipoteca. Por lo general, las entidades al hacer el estudio financiero de su cliente le indican cuál será su cuota hipotecaria. Pero si le obligan a contratar seguros u otros productos, el usuario debe saber cuánto le costarán estos para sumarlo a su cuota y saber cuál será el dinero total que deberá desembolsar realmente cada mes. Un préstamo con un tipo de interés alto puede resultar más barato que otro con el tipo más bajo pero que exija contratar un seguro de vida.

Seguros de hogar y vida

Muchas entidades financieras como requisito para la concesión de un préstamo hipotecario exigen al consumidor la suscripción de un seguro para la vivienda. Es importante destacar que éstas abusan de su posición obligando al consumidor a que pague éste el seguro sobre la vivienda para obtener mayres beneficios. La ley sólo exige que se constituya un seguro de continente (incendio, inundación o ruina) y no especifica quién debe pagarlo, por lo que las entidades aprovechan este vacío legal y trasladan todos los gastos al consumidor, incluso haciéndole contratar un seguro de hogar (contienente y contenido). Además esta imposición de un seguro puede tener además un segundo problema para el consumidor, el seguro de comunidades. Puede que este seguro cubra ya algunas partes de la vivienda, por lo que se pagaría de más. El coste de este tipo de seguro dependerá del continente (valor de seguro de la vivenda (calculado por un tasador)). Es práctica habitual por parte de las entidades financieras calcular la prima del seguro de la vivienda teniendo como referencia el valor del préstamo, con lo que la prima es mucho más alta.

Estos seguros no hacen aumentar considerablemente el “precio” final del préstamo, con lo que se encarece de verdad una hipoteca es con la contratación obligatoria de un **seguro de vida**, práctica que está creciendo notablemente en la actualidad. Las pólizas de vida cubren el riesgo de fallecimiento del titular del préstamo. Es decir, si éste fallece, es la aseguradora la que se encarga de cancelar el capital pendiente de pago, con lo que el banco se evita problemas de impago. Su coste es, sin embargo, bastante alto, y puede encarecer la cuota de una hipoteca de manera significativa. Para un hombre de 30 años, el seguro de vida puede salir por unos 467 euros anuales, es decir, 116 euros al trimestre o unos 38 euros al mes. Si el varón tiene 40 años, el coste anual sube a 811 euros y si tiene 50 alcanzaría los 2.100 euros al año. En el caso de las mujeres, si tienen 30 años, el seguro de vida medio cuesta 450 euros al año. Si se contrata con 40 años, la póliza sale por 532 euros al año y si se tienen 50 años, por 1.302 euros anuales.

Contratar un seguro de vida es una de las exigencias bancarias que más encarece el coste final de una hipoteca. Cualquier imposición de contratar un seguro de vida encarece de forma substancial la operación de préstamo, y además -según añade- hay que tener en cuenta que la prima de estos "aumenta de año en año según avanza la edad del asegurado". En su opinión, un préstamo con un tipo de interés igual a Euribor + 0,33 (sin seguro de vida) puede resultar más barato, por ejemplo, que otro con diferencial más bajo (por ejemplo Euribor + 0,29), pero que obligue a contratar seguro de vida. Una hipoteca a Euribor + 0,30 con seguro de vida es más cara que otra referenciada al Euribor + 0,40, sin seguro de vida. De los ejemplos se deduce que a la hora de elegir hipoteca, el diferencial que hay que sumar al Euribor para calcular la cuota hipotecaria ya no es el único requisito que hay que mirar o que más puede interesar a la hora de contratar un préstamo.

Un dato que permite comparar qué préstamo es más caro o más barato es el indicador TAE (Tasa Anual Equivalente), que las entidades deben ofrecer al cliente antes de obligarle a firmar el contrato. Es un dato orientativo, y muy útil para saber cuál es el tipo de interés inicial que se pagará (por lo general durante el primer año o durante los seis primeros meses). Posteriormente, variará en función de las oscilaciones que sufra el euribor.

Casos reales y numerosos inconvenientes

Para conseguir la hipoteca más barata del mercado es necesario cumplir una serie de requisitos, como solicitar financiación de hasta un 80%, como máximo, del valor de tasación del inmueble, tener unos ingresos estables y no dedicar más de un 35% de las rentas mensuales al pago del préstamo. Además, aunque se cumplan estas condiciones, muchas entidades exigen contratar seguros para salvaguardarse las espaldas en caso de impago y, también, para obtener más rentabilidad con los clientes. Por lo general, las entidades no hacen un estudio personalizado del cliente para calcular la prima de su seguro, sino que suelen utilizar tablas y cantidades estándar. Es decir, en una misma entidad un cliente de hasta 45 años de edad pagará lo mismo por su seguro de vida (da igual que tenga 30 años que 42). No obstante, sí que hay diferencias entre los costes del seguro entre entidades.

Por ejemplo **Uno-e** ofrece su "Hipoteca Uno-e" a un tipo de interés igual a Euribor + 0,29, uno de los diferenciales más bajos

ENTIDAD	TIPO DE INTERÉS	VINCULACIONES	COSTE MENSUAL	COSTE MEDIO ANUAL
"Hipoteca Uno-e" de Uno-e	Euribor + 0,29%	Seguro de vida	27,44 euros	329,28 euros
"Hipoteca Sin" de Bankinter	Euribor + 0,70%	Seguro de vida Seguro de hogar	14,53 euros	174,36 euros
Hipoteca "Activo Plus" de Activobank	Euribor + 0,30%	Seguro de vida	32,46 euros	389,52 euros
"Hipoteca Premium" de Bancopopular-e.com	Euribor + 0,30% TAE: 5,76%	Seguro de vida	28,45 euros	341,40 euros
Hipoteca "Oficinadirecta.com" de Banco Pastor	Euribor + 0,33% TAE primer año: 5,45%	No hay		
"Hipoteca Naranja" de ING Direct	Euribor + 0,55%	No hay		
"Hipoteca a 30 años" de Openbank	Euribor + 0,39%	No hay		

del mercado. A cambio, exige contratar un seguro de vida, lo que implica sumar al pago de la cuota un añadido de 27,44 euros más al mes, de media. Lo mismo ocurre con la "Hipoteca Sin" de **Bankinter**, que obliga a suscribir seguro de vida y hogar. En esta entidad, el coste del seguro es de 14,53 euros al mes. En **Activobank**, por su parte, ofrecen la "Hipoteca Activo Plus", a Euribor + 0,30. En este caso, el seguro de vida implica un coste mensual de 32,46 euros. Teniendo en cuenta estos datos, un seguro de vida, de media, encarece una hipoteca en unos 30 euros al mes. O, lo que es lo mismo, 360 euros al año.

Las diferencias entre entidades son sustanciales (en algunos casos de más del doble): por ejemplo, en **Bankinter** el seguro de vida cuesta 174,36 euros de media al año, mientras que en **Bancopopular-e.com** asciende a 341,40 euros. Analizar estas cifras es muy importante antes de contratar la hipoteca, ya que de ellas dependerá el coste final. Por ejemplo, la "Hipoteca Premium de Bancopopular-e.com" aplica un tipo de interés igual a Euribor + 0,30. Su TAE, dato que engloba las comisiones y todos los gastos ligados al préstamo, es del 5,76%. Por su parte, la hipoteca de **Oficinadirecta.com** (de Banco Pastor) se ofrece a un tipo igual a Euribor + 0,33. En este caso, la entidad no obliga a suscribir un seguro de vida, lo que se nota en el coste final. Su TAE para el primer año de vida del producto es del 5,45% (más baja que la de Bancopopular-e, pese a que el tipo de interés que aplica es más alto). Otras hipotecas que no obligan a suscribir seguro de vida son la "Hipoteca Naranja" de ING Direct (a Euribor + 0,55) o la "Hipoteca a 30 años" de **Openbank** (a Euribor + 0,39).

El coste final se encarece aún más en el caso de entidades que, además de solicitar seguro de vida y hogar requieren contratar un plan de pensiones y gastar una cantidad de dinero mínima con las tarjetas de crédito. Aparentemente es un tipo de interés atractivo; no obstante, en la entidad exigen contratar seguro de vida (que implica pagar unos 41 euros de media más al mes), seguro de hogar (unos 12,5 euros mensuales) y un plan de pensiones, que obliga a hacer aportaciones mínimas de 900 euros al año (75 euros al mes). Tras sumar todos estos añadidos, se concluye que esta hipoteca a Euribor + 0,35 sale más cara, por ejemplo, que la de **ING Direct** (a Euribor + 0,55), ya que esta última sólo exige contratar seguro de hogar. Para un préstamo de 200.000 euros a 30 años, con la hipoteca de la CAM (sumado el coste de los seguros y la aportación mensual del plan de pensiones), la letra mensual quedaría en 1.223 euros, mientras que en la de ING Direct sería de 1.131 euros.

La situación financiera, marcada por la desaceleración económica, en general, e inmobiliaria, en particular, está afectando de lleno al negocio hipotecario. Ante las restricciones al crédito que se dan hoy en los mercados internacionales (comprar dinero sale más caro), las entidades se han vuelto más estrictas a la hora de conceder sus préstamos. El "todo vale" de hace unos años se ha transformado hoy en una lista con un sinfín de peticiones bancarias para el cliente que desea financiar su hipoteca. Entre otros, se solicita la última Declaración de la Renta, hasta seis nóminas, últimos movimientos de cuentas corrientes, avales bancarios, certificados de haberes, contrato de trabajo y todos los certificados de otros ingresos que pueda aportar el ahorrador. Hace apenas cuatro años (en pleno boom inmobiliario), algunas entidades únicamente solicitaban Declaración de la Renta, última nómina y contrato de trabajo.

Además, bancos y cajas están endureciendo las condiciones para acceder a este tipo de financiación. Según un estudio de Bankimia.com, comparador "online" independiente de productos financieros para particulares, sólo en el mes de junio numerosas entidades han reducido sus ofertas hipotecarias para financiar más de un 80% del valor de tasación de la vivienda y han encarecido sus préstamos subiendo los tipos de interés. Así, Bankinter ha incrementado los tipos de interés de sus hipotecas Sin y Variable. El tipo fijo inicial para el primer año ha pasado del 5,50 al 6,15, mientras que el diferencial sobre el Euribor para el resto del plazo del préstamo ha aumentado del 0,45 hasta un 0,70. Barclays ha endurecido su Hipoteca para Jóvenes, única hipoteca que ofrece el cien por cien del valor de tasación, que ha pasado de un Euribor con diferencial del 0,50, hasta el 0,60. Ibanesto ha incrementado el diferencial de su Hipoteca Azul a 0,54. También Caixa Galicia ha aumentado los diferenciales de sus hipotecas contratables por Internet, y Caixa Girona ha elevado el tipo de interés de su única hipoteca a tipo fijo. Por su parte, CajaCanarias ha disminuido el porcentaje de capital financiado sobre el valor de tasación de la vivienda en todas sus hipotecas, pasando del cien por cien al 80%. Además, ha incrementado significativamente el diferencial que se suma al Euribor en sus hipotecas a tipo de interés variable, pasando del 0,65 al 2.

SEGUROS DE AMORTIZACIÓN DE PRÉSTAMO

Vamos a explicar con un ejemplo de comportamiento de los seguros de amortización de préstamo; Un señor y su esposa –que está en el paro– han tenido un nuevo hijo y han decidido comprarse un piso más grande.

Supuesto:

El consumidor solicita al banco 74.000 euros, que devolverá durante los siguientes 10 años. Simultáneamente, contrata un seguro que pagará al banco el dinero pendiente de devolución, si por desgracia él fallece o queda inválido.

Supongamos que él muere 7 años más tarde, cuando aún le faltaban por reembolsar 3 millones: la aseguradora dará al banco una indemnización por esa cifra y la deuda quedará saldada.

Con estos seguros, el capital que la compañía se compromete a pagar, es decreciente: inicialmente coincide con la deuda contraída (74.000 euros en nuestro ejemplo), y va menguando a medida que el asegurado devuelve el préstamo.

¿A quién interesa?

En general, estos seguros interesan a quienes hayan contratado un préstamo hipotecario (pues el capital prestado suele ser cuantioso) y tengan herederos que difícilmente podrían afrontar su devolución (cuando se acepta una herencia se aceptan también las deudas del fallecido). Sería el caso de una pareja en la que sólo uno de los miembros tiene ingresos, o los dos tienen, pero no en cantidad suficiente. Sin embargo, una pareja con buenos ingresos, patrimonio suficiente o que tenga suscrito un seguro de vida, no lo necesita.

¿Es caro cubrir este riesgo?

Las aseguradoras valoran el caso de cada cliente y aumentan la prima (el precio del seguro), si creen que su intervención puede ser más probable o más costosa:

• Los hombres suelen pagar más que las mujeres, pues son más tendentes a la muerte prematura. Las edades elevadas, la mala salud y el hábito de fumar también elevan la cuantía de la prima.

• El tipo de préstamo que haya pedido el cliente también influye; en general, la prima se encarece:
– cuanto más cuantioso es el préstamo;
– cuanto más largo es el periodo de devolución (hay más posibilidades de que el asegurado muera)
– cuanto mayor es la tasa de interés (si el asegurado debe pagar muchos intereses, la devolución del capital prestado será más lenta).

Distintas fórmulas de pago

• Los *seguros de prima única* se pagan de una vez, cuando se suscriben

• Los *seguros de prima periódica* ser de dos tipos:
– de prima constante: se reparte el precio en varios pagos iguales durante 5, 6, 7 ó 10 años, según establezca el contrato (la duración del préstamo y la vigencia del seguro pueden ser mayores que el periodo de pago de la prima).
– de *prima decreciente*: el pago se reparte en varias cantidades progresivamente más pequeñas, en atención a la disminución de la deuda pendiente, y así queda fijado de antemano en el contrato.

La elección entre un seguro de prima única o periódica, dependerá de la intención de hacer amortizaciones anticipadas (vea el epígrafe siguiente).

• Los *seguros anuales renovables* se pagan anualmente, pero tienen una particularidad que los hace desaconsejables: el contrato ha de renovarse cada año y la cuantía de la prima anual se ajusta al montante de la deuda pendiente y al estado del asegurado… Podría suceder que el cliente viera denegada la renovación cuando su edad o su salud le hacen más necesaria una cobertura de estas características. También es posible que la prima se encarezca al estimarse mayor el riesgo de fallecimiento, o al aprovechar la compañía el momento de la renovación para repercutir una eventual subida de las tarifas de sus productos.

Amortizaciones anticipadas

Supongamos que usted solicita un préstamo a 10 años y contrata un seguro como hizo el señor del ejemplo anterior. Más tarde, cuando su deuda, y por consiguiente el capital asegurado, ha descendido a 14.000 euros, tiene un inesperado desahogo económico y se decide a cancelar anticipadamente el préstamo (lo devuelve antes de tiempo, ahorrándose el pago de los intereses).

Pues bien, en estos casos, algunas aseguradoras devuelven la parte de la prima correspondiente a los años en los que el seguro ya no tendrá sentido, por haber sido devuelto el préstamo. Otras veces, si no se ha pactado nada de antemano, la prima no será devuelta y el capital asegurado en el momento de la cancelación del préstamo (en el ejemplo, 14.000 euros), se mantendrá hasta que venza el seguro, como una eventual indemnización por fallecimiento, ya no para el banco, sino para los herederos.

Diferencias con respecto a un seguro de vida corriente

Un seguro de vida temporal corriente también cubre el riesgo de que el cliente muera durante un periodo determinado, pero tiene sus particularidades:

– el capital asegurado no decrece. Se pagará siempre la misma cifra, negociada al suscribirse el contrato (quizás engrosada, si cuenta con "participación en beneficios");

– la indemnización la reciben los herederos (no la entidad prestamista, como ocurre con los seguros de amortización de préstamo), y puede destinarse a los fines se crean más convenientes (y no automáticamente a cancelar el préstamo).

Fiscalidad

• Estos seguros no suponen ventajas fiscales para el asegurado, ya que el pago de las primas no tiene deducciones en el IRPF. Lo que sí se tiene deducciones son las cantidades pagadas por un préstamo hipotecario, por debajo de cierto límite. Si el prestatario fallece y el seguro cancela el préstamo de golpe, los herederos no podrán seguir aplicándose deducciones por este concepto.

• En cuanto a las indemnizaciones, hay que distinguir dos casos: si el asegurado fallece, el dinero del seguro lo recibirá la entidad prestamista y la familia quedará libre de la deuda (al heredar un patrimonio mayor, pagará más en el Impuesto de Sucesiones y Donaciones);

Cuánto puede costarme un SPP

Si se toma como modelo uno de estos seguros que acabamos de mencionar para proteger los préstamos, la cuota variará en función de la duración del crédito: cuanto mayor sea su longevidad mayor será la cuota que habrá que pagar cada mes. Lo mismo ocurre con la cuota mensual del crédito, mientras mayor sea ésta, el cliente tendrá que abonar una prima mensual superior. Se trata de incrementos que pueden incluso triplicar la prima original. Las primas que aplican las entidades financieras son similares en todos los casos. Si tomamos como referencia el que comercializa la 'Kutxa', por ejemplo, esto es lo que usted debería pagar: ver cuadro.

Aspectos para valorar en la contratación de un Seguro de Protección de Pagos:

■ **Requisitos:** se tiende a reducir los trámites, pero la mayoría de fórmulas que se crean incluyen algunas obligaciones al contratante, como por ejemplo una declaración de salud o disponer de contrato fijo para cubrir el desempleo.

■ **Coberturas**: las más habituales son las destinadas a trabajadores por cuenta ajena a través de los pagos en caso de desempleo, y las destinadas a los autónomos, con la posibilidad de cubrirse ante situaciones de incapacidad para trabajar.

■ **Cuotas:** los nuevos productos de estas características están flexibilizando este apartado, pero por lo general, se realiza de forma mensual.

COSTE DE UN SEGURO PARA PROTECCIÓN DE PAGOS

Duración en meses del préstamo	Cuota mensual préstamo	Prima mensual seguro
0-12 meses	150 euros 300 euros 450 euros	2,37 euros 4,74 euros 7,11 euros
25-36 meses	150 euros 300 euros 450 euros	3,11 euros 6,22 euros 9,34 euros
49-60 meses	150 euros 300 euros 450 euros	3,26 euros 6,52 euros 9,78 euros
73-84 meses	150 euros 300 euros 450 euros	3,22 euros 6,65 euros 9,97 euros

SEGUROS ASOCIADOS A TARJETAS

El desconocimiento hace que afectados y herederos no usen el seguro de sus tarjetas, ya que pocos titulares están al corriente de que su tarjeta incluye un seguro gratuito de vida, de accidentes y de robo. Esto supone, de manera indirecta, un beneficio para las aseguradoras de las tarjetas.

Las indemnizaciones oscilan entre los 450.760 euros por fallecimiento y los 150 euros por el retraso de un avión, dependiendo del seguro contratado.

El uso del llamado dinero de plástico se ha convertido para muchos consumidores en una práctica habitual. Sin embargo, el 80% de los pagos se realiza aún con dinero en efectivo .

La posibilidad de viajar a cualquier lugar del mundo sin la necesidad de llevar encima grandes cantidades en metálico y la ventaja que supone realizar cualquier pago a través de las tarjetas convierte a este tipo de dinero protegido por una banda magnética en una de las opciones que más seguridad da a los usuarios. Por esta razón, su demanda es cada vez mayor, en especial durante los meses de verano. Según la información ofrecida por las principales compañías emisoras de tarjetas en España, Visa y Europa, los turistas han incrementado la utilización del llamado dinero de plástico más de un 25% en los últimos cinco años.

El volumen de tarjetas en España alcanza los 50 millones de unidades, de ellas el 66% son tarjetas de débito y el resto de crédito. La opción de llamar a un número concreto para anular una tarjeta un minuto después de ser atracado o de percibir su desaparición es una ventaja para el cliente, pero también existen otras muchas que no son tan conocidas, como son los seguros asociados a las tarjetas de crédito. **Todas ellas incluyen un seguro mínimo de vida, de robo o pérdida de tarjeta y de accidente.**

Los usuarios de las tarjetas demandan más información sobre los seguros específicos que las tarjetas de plástico incluyen en sus contratos. Es obligatorio que el contrato de tarjeta, cualquiera que ésta sea, incluya también la información sobre este tipo de seguros. Sin embargo, no figura ninguna reglamentación sobre el tamaño en que debe aparecer, de ahí que la letra pequeña sea su formato más habitual, lo que hace que pase desapercibido para la mayoría de los usuarios. Como consecuencia, el volumen de indemnizaciones que no son reclamadas ni cobradas es muy elevado. Las aseguradoras que contratan las entidades bancarias en función de la tarjeta de crédito o de débito solicitada por el cliente, poco o nada pueden hacer si no reciben un aviso de robo, accidente o atraco.

En función del tipo de tarjeta contratada, ya sea de crédito o débito y de las diferentes modalidades, las prestaciones del seguro pueden variar. La mayoría de las tarjetas incluyen un seguro gratuito ampliable según las necesidades del usuario, y que puede llegar, como el caso del seguro de la Visa Golf, a cubrir la rotura de los palos de golf, siempre que el titular pague el viaje con esa tarjeta.

En general, el seguro de cualquier tarjeta visa ofrece mayores indemnizaciones que una clásica, aunque su precio también es mayor. Mientras que el mantenimiento de una tarjeta de débito se acerca a los 6 euros, el coste de una de crédito sobrepasa los 18 al año. Las garantías que ofrecen cajas de ahorros y bancos, bien a través de sus propios seguros o bien por medio de aseguradoras externas, son similares.

Tipos de coberturas:

Algunas tarjetas, como la Maestro, Master Card, Visa Classic y Visa Electrón incluyen diversos seguros. Entre los más comunes destacan cuatro:

1.- El Seguro de accidente del medio de transporte.

Este es uno de los más cuantiosos y cubre siniestros o sucesos que ocurran durante un viaje. Prevé una indemnización de 150.000 euros en caso de que el titular fallezca o se quede inválido. La cantidad se eleva hasta 450.000 euros si la póliza de seguros corresponde a una tarjeta Visa, como la Oro y E-Bussines. Otra de las coberturas incluidas en este seguro es la que corresponde al supuesto de que el medio de transporte en el que viaja el asegurado sea secuestrado. La cantidad máxima que puede percibir en este caso no supera los 6.000 euros. La única condición que se exige para cobrarlo es que el billete haya sido abonado a través de las tarjetas. Si el billete se paga con una tarjeta Visa la indemnización asciende a 8.000 euros. Si el titular fallece en el medio de transporte, este seguro cubrirá los gastos de sepelio hasta 6.000 euros. La cantidad es idéntica para todas las tarjetas, sin excepción. El asegurador destina la misma cantidad de dinero para pagar el saldo pendiente de la tarjeta siempre que el titular fallezca como consecuencia de un accidente.

Por otra parte, el límite máximo por siniestro que contempla esta garantía para pagar las compras realizadas con la tarjeta en los últimos doce meses es de 12.000 euros. También conviene tener en cuenta las indemnizaciones por invalidez parcial o total. Como consecuencia de las lesiones sufridas, si el asegurado se encuentra imposibilitado para trabajar y recibir un sueldo, el asegurador se compromete a pagar 45.000 euros si su tarjeta es visa y 150.000 euros si no lo es.

2.- El Seguro de equipaje.

Destaca por ser uno de los más reclamados por los usuarios de tarjetas. El asegurador indemnizará al titular con un máximo de 602 euros. Estos daños cubren también el robo o incendio del equipaje. En este caso concreto, para poder cobrar este seguro es obligatorio

presentar la correspondiente denuncia ante la autoridad competente y el justificante acreditativo del daño emitido por la propia empresa transportista.

3.- Seguro de asistencia a personas como consecuencia de accidente.

Cubre los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización incurridos en el extranjero, derivados de un accidente y/o enfermedad ocurrido fuera de España, hasta 4.507 euros. En el supuesto de que el accidentado tenga que prolongar su estancia en el hotel donde se aloja debido al accidente, le corresponde recibir hasta 60 euros por día. Se cobran por un máximo de diez días y para ello es obligatorio presentar la prescripción médica. Siempre que el herido tenga que ser repatriado o trasladado de un hospital, ciudad o país, todos los gastos los paga el seguro.

4.- Asistencia por retraso de los medios de transporte durante el viaje.

El retraso en la salida del viaje se reembolsa con un máximo de 150 euros. Con este dinero la entidad aseguradora considera que los gastos que esta situación le hayan provocado al titular de la tarjeta, cualquiera que ésta sea, están cubiertos. Para poder cobrar esta indemnización la demora debe ser superior a 6 horas en transportes públicos sujetos a horarios establecidos de antemano. Este seguro cubre otros hechos imprevisibles, como los generados por una huelga. "Si como consecuencia de una huelga legal, se produjese una cancelación del viaje, la aseguradora reembolsará los gastos originados, hasta 300 euros".

Conviene no olvidar que la pérdida de conexión con otro transporte, motivado por el retraso producido por un vuelo o viaje ferroviario, se indemnizará con un máximo de 150 euros. El retraso por "over booking" en un vuelo, siempre y cuando supere las 6 horas a contar desde la salida del vuelo, se cubre con la misma cantidad.

5.- Seguro de vida.

Aunque no se barajan cifras oficiales por parte de las aseguradoras, los especialistas estiman que casi el 10% de las pólizas por fallecimiento no se reclaman por desconocimiento. Esta situación es más frecuente aún en aquellas incluidas en los contratos de las tarjetas de crédito y en otros productos bancarios tales como las hipotecas y los créditos personales, o en las acciones.

Para las tarjetas de crédito la normativa que exige el registro en la nueva base de datos entrará en vigencia a mediados de 2008. El motivo del retraso es la compleja tarea de recopilación y asentamiento que se requiere en este caso particular. Así, este plazo inicial de prórroga se considera como un período de adaptación, según los especialistas del sector de seguros.

La letra pequeña del contrato de las tarjetas de crédito o de los préstamos personales, por ejemplo, incluye el pago de seguros de vida que garantizan a las empresas el cobro de lo adeudado frente a cualquier eventualidad que pueda sufrir el cliente. Este tipo de pólizas se mantiene vigente mientras se conserve la titularidad del producto o servicio. De esta manera, si el beneficiario fallece en el término de esa vigencia, sus familiares o allegados tendrán derecho a cobrar una indemnización.

Por otro lado, existen otros seguros de vida, como los que se ofrecen cuando se realiza el alquiler de un vehículo o cuando se compra un servicio turístico. Estos sólo cubren las contingencias producidas hasta la finalización del período de contratación, por lo que no podrán reclamarse sus beneficios una vez acabado el mismo, ya que las aseguradoras les dan inmediatamente de baja.

En la mayoría de los casos, los ciudadanos ignoran la existencia de estos seguros. Éste es uno de los principales motivos por los que entra en funcionamiento el Registro, que provee la información de todos los seguros de vida, tanto de los contratados voluntariamente como de los que están incluidos en otros servicios.

Mientras que España se posiciona como el primer país europeo que instaura este sistema de registro, algunos expertos del sector explican que se podría mejorar la iniciativa para permitir que todos los consumidores y usuarios puedan consultar la base de datos de las pólizas inscriptas. La razón es que, por el momento, en esta entidad sólo es posible realizar consultas sobre la existencia de pólizas de una persona fallecida.

El objetivo de esta mejora es que todos los españoles sepan si son poseedores o no de pólizas contratadas antes de su fallecimiento, para tener pleno conocimiento de sus derechos. Y es que en el año pasado, 27.000.000 de seguros de vida se quedaron sin cobrar ya que los usuarios no fueron advertidos. Otra de las desventajas del Registro es que deja fuera de inscripción a los seguros por invalidez total o parcial.

adicae en internet
La web de los Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros
www.adicae.net

casos colectivos
adicae alerta
proyectos adicae
ADICAE comprometida con los consumidores
última hora adicae
adicae publicaciones
Revista "Usuarios"
Periódico "La economía de los Consumidores"
Otras publicaciones
Guías prácticas para negociar, contratar y defender sus derechos

Acuda a cualquiera de nuestras sedes y solicite asesoramiento o publicaciones

ADICAE pone al servicio de todos los consumidores y usuarios una publicación rigurosa y amena que resolverá sus dudas en cualquier ámbito del mundo del consumo

¡ La Economía de los Consumidores !

- Información imprescindible para su economía
- La mejor rentabilidad para su ahorro y consumo
- La clave de sus derechos como consumidor

Suscríbase a La Economía de los Consumidores

Fecha:
Nombre: ..... Apellidos .....
Domicilio: .....CP .....
Ciudad: ..... Teléfono: .....
D.N.I.:..... Firma:

Forma de Pago: 10 euros/6números)

❑ **Giro Postal** N.º ..... por 10 euros. ❑ **Cheque** a nombre de ADICAE, por valor de 10 euros

❑ **Transferencia bancaria** a nombre de ADICAE, c/c 01821834150206252797, BBVA Sucursal Avda. América, 54. 50007 Zaragoza.

❑ **Domiciliación Bancaria**. Muy Sres. Míos: Les ruego que con cargo a mi cta. atiendan hasta nueva orden los recibos que presente ADICAE en concepto de suscripción a la revista LA ECONOMÍA DE LOS CONSUMIDORES.

Titular : ..... Banco/Caja: .....
Agencia: ..... Dirección: .....
Población: .....C.P.:.....
Código Cuenta Cliente (C.C.C.): _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ Fecha: ...../...../200....

Correo: **AICAR-ADICAE, c/ Gavín nº 12 Local 50001 ZARAGOZA**
Teléfono suscripciones: **976 390060**
Fax suscripciones: **976 390199**
Correo-e: **suscripciones@adicae.net**
Firma del titular:

Sus datos personales han sido incorporados al fichero automatizado de la Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros (ADICAE) con el fin de mantener la relación de suscriptores de la revista y ofrecerles información y prestación de los servicios a sus socios. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición a la incorporación de sus datos a nuestro fichero solicitándolo expresamente por escrito dirigido a ADICAE, calle Gavín nº 12, local (50001) Zaragoza.

SEGURO DE ROBO DE MÓVIL

El concepto de robo en el ámbito de los seguros es muy amplio y no se equipara necesariamente con el significado de robo en el ámbito penal. Desde el punto de vista del Código Penal, el robo conlleva el uso de la violencia o intimidación en las personas, mientras que el hurto se realiza sin violencia, mediante la sustracción de un bien ajeno. Es probable que en su denuncia ante la Policía describiera los hechos sin violencia, de lo que se desprende la calificación de hurto. En cualquier caso, el concepto de robo en la ley de Contrato de Seguro es el de sustracción ilegítima por parte de terceros de los bienes asegurados, sin diferenciar los casos de violencia, por lo que los tribunales admiten que las pólizas de robo han de cubrir, en principio, tanto el robo como el hurto, salvo mención expresa en contra aceptada por el titular del seguro. Por ello la persona afectada debe comprobar en la póliza que firmó si, en efecto, se trata de un seguro de robo que excluye de manera expresa el hurto. De lo contrario, la compañía de seguros debería cubrir el siniestro. Conviene que la persona afectada continúe con su reclamación ante el Defensor del Asegurado de su compañía y en última instancia ante la Dirección General de Seguros.

Seguro de móvil: Puede resultar exagerado, pero a más de un ciudadano el robo de su teléfono móvil le puede acarrear un verdadero caos en su rutina diaria. Este dispositivo se ha convertido en algo más que el compañero de llaveros, monederos y carteras en bolsillos y bolsos. Fechas de cumpleaños, de reuniones, de citas cruciales, números de teléfono que no se almacenan en ningún otro soporte, mails, música, vídeos, mensajes de gran valor emocional... Más allá de su valor pecuniario, millones de consumidores relacionan una parte muy importante de su vida, de su trabajo y de su propia personalidad con estos terminales.

El hecho de que cada año se roban en España 250.000 móviles, a causa de la mayor venta de teléfonos con valor superior a los 200-300 euros, crece el interés por proteger el móvil y todos sus archivos con un seguro adecuado. En la actualidad, se estima que más de un millón de los 48 millones de móviles en circulación en nuestro país están asegurados, un servicio que se puede contratar a partir de 30 euros al año.

El precio del seguro, la compra de móviles caros de última generación es el principal argumento que puede llevar a un usuario a plantearse la contratación de un seguro que impida el uso fraudulento de su número de teléfono y que evite la pérdida de los contactos y del dinero invertido. Si bien en el mercado se pueden adquirir móviles desde 25 euros que ofrecen las prestaciones más básicas (llamadas y envío de mensajes), el verdadero negocio de los fabricantes se halla en los terminales de última generación. El gran volumen de ventas de móviles con cámara fotográfica o capacidad para almacenar vídeos o películas, entre otras prestaciones, ha motivado que en la actualidad el precio medio de los móviles ronde los 200 euros.

Son muchas las operadoras de telefonía que subvencionan la compra de estos terminales a cambio de un compromiso de permanencia, sobre todo en los móviles con contrato, la modalidad predominante en la actualidad.

Por lo general, **las compañías aseguradoras** toman como referencia para calcular el precio de la prima el valor del móvil libre en el mercado, sin vincular a una operadora particular. Cuando un cliente solicita una línea de contrato con una de estas empresas es habitual adquirir un móvil de gama alta a cambio de desembolsar una cantidad, en general, menor de 50 euros, cuando el valor real ronda los 250-300 euros. Pese a que el cliente paga 50 euros por el móvil, la aseguradora toma como referencia para fijar la prima del seguro los 270 euros de media que cuesta el aparato libre. En concreto, la prima del seguro para un móvil ronda el 20% de su valor en el mercado, por lo que un móvil de 200 euros puede asegurarse por 40 euros al año, uno de 400 por 80...

Aunque se comercializa desde 2004, este tipo de seguro es un fenómeno aún reciente en España si se compara con su expansión en Reino Unido o Estados Unidos. Por esta misma razón, las mayores compañías que ofrecen este servicio en España son filiales de empresas británicas o estadounidenses.

Dónde se contratan los seguro, es habitual que la contratación de los seguros para móviles se realice en los mismos puntos de venta de los terminales. Por lo general, se ofrecen para móviles con un valor que parte de 150 euros. Es decir, no se oferta en la compra de móviles baratos, aunque los usuarios sí que pueden solicitarlos si lo desean. En la actualidad, las ventas de Iphones y terminales con características similares están disparando la contratación de este tipo de pólizas. De media, un Iphone (que cuesta unos 400 euros) puede asegurarse por unos 70 euros anuales en el mercado. Lo recomendable es contratar el seguro en el mismo momento en que se adquiera el terminal. Si la elección se posterga, muchas compañías se muestran recelosas, hasta el punto de que es posible que se nieguen a asegurarles.

Contrato o prepago

Los seguros son diferentes en función de si el móvil funciona mediante contrato o tarjeta prepago. Para los móviles de contrato, las primas son mayores porque se incluye una indemnización por su uso fraudulento de llamadas.

En el caso de los móviles prepago, la pérdida en llamadas está limitada al valor de la tarjeta en el momento del robo que, por lo general, no son grandes cantidades.

Un mismo móvil, de 150 euros de precio, con tarjeta prepago puede asegurarse por 31 euros o por 38 euros en la modalidad de contrato.

Las aseguradoras no siempre cubren el 100% del valor del móvil. En caso de **sustracción** (robo o hurto), solicitan una denuncia policial y la factura de compra. Si no se aporta alguno de estos documentos las compañías retrasarán el proceso de cobro. Es fundamental conservar la factura del teléfono porque sin ella las compañías están en su derecho de negarse a pagar la indemnización.

En caso de **pérdida del móvil**, como es más difícil de demostrar, las aseguradoras no cubren el 100% de su valor, sino que conceden cantidades fijadas de antemano. Algunas compañías sólo pagan 100 euros aunque se demuestre que su coste haya sido superior a 500 euros.

En caso de **avería**, los seguros funcionan igual que la garantía del teléfono: excluyen el mal uso. El seguro cubre defectos en materiales y mano de obra, pero no ciertas partes, como pantalla, carcasas, el desgaste normal o el abuso. Por ejemplo, el deterioro de la pantalla o la cámara de fotos por uso excesivo pueden no ser cubiertos. Asimismo el daño causado por mal uso, como los desperfectos originados por el agua, quedan fuera de las coberturas previstas por estos seguros.

SEGURO DE AUTOMÓVIL

La reparación de un daño es técnicamente viable cuando es posible mediante la técnica devolverle al bien dañado las mismas condiciones de uso, estética y seguridad que tenía con anterioridad al siniestro.

La reparación de un daño es económicamente viable cuando su coste económico (precio) se sitúe por debajo del valor de reposición.

En torno a la diferencia que pueda producirse entre estos dos valores (de reparación y de reposición) es donde nos encontramos con la mayoría de las disputas judiciales entre aseguradoras y asegurados, siempre motivadas porque la aseguradora esgrime el polémico argumento de que resultaría antieconómico realizar una reparación que en teoría al menos supondría un enriquecimiento injusto por parte del asegurado al costar más la reparación de su vehículo que la adquisición de otro muy similar en el mercado de segunda mano.

Sin embargo, desde el punto de vista del propietario del vehículo asegurado, esta argumentación tiene numerosas carencias, de entre las que destacaremos que “olvida” que el valor de reposición no incluye ni los márgenes comerciales de los vendedores de segunda mano, ni la valoración del tiempo que ha de emplearse en buscar y encontrar otro vehículo que reemplace al que teníamos y, sobre todo, lo que no contempla es el particular estado de conservación y mantenimiento en que pudiera encontrarse el vehículo siniestrado, puesto que los hay con cierta antigüedad que realmente presentan un excelente estado de conservación, poco kilometraje, etc.

Hay que tener en cuenta que la retirada del carné no está cubierta en todas las situaciones. Hay compañías que excluyen la conducción en estado de embriaguez o por omisión del deber de socorro. Otras no cubren hechos que sean juzgados, como delitos contra la seguridad del tráfico, y no darán cobertura económica a quien se le retire el carné por una conducta negativa, ya que seria favorecer a un reincidente. Entre las exclusiones más comunes en estos seguros figuran las retiradas del carné por conducir bajo los efectos de alcohol o drogas, la mala fe del asegurado o las sanciones impuestas fuera del territorio nacional.

SEGURO DE MOTOS

Todos los propietarios de un ciclomotor, motocicleta o "quad" están obligados por ley a contratar un seguro que cubra los daños a terceros en un siniestro. El propietario del vehículo podrá ser sancionado si carece de esta póliza por el mero hecho de no contar con ella, se haya visto o no involucrado en un accidente. La persona que sea sorprendida conduciendo una moto sin asegurar se enfrentará a consecuencias que pueden tener índole penal. Incluso, las autoridades podrán proceder a retirar el vehículo si no se justifica la existencia de seguro en el plazo de cinco días desde que realizó la denuncia. Y puede verse obligado pagar a una multa que se agravará dependiendo de las circunstancias, como el tiempo en que haya circulado sin seguro, la reiteración en esta infracción o la categoría del vehículo.

A la hora de contratar un seguro, las compañías piden al interesado una serie de datos que hacen variar el precio y las prestaciones que ofrece la póliza. El riesgo que asume la aseguradora no es el mismo con un joven inexperto que conduce una moto de gran cilindrada que con una persona experimentada en la conduccion de un vehículo de poca potencia y que lo utiliza para circular por una pequeña ciudad. Por este motivo, cuando se va a contratar un seguro, el titular ha de informar sobre el modelo, la marca, la fecha de compra, la edad de los conductores, los antecedentes de siniestralidad, el uso al que se destina, la antigüedad del carné y las garantías adicionales al seguro obligatorio que quiere contratar. Con esta información, la aseguradora hará un presupuesto y el interesado podrá optar por contratar la póliza o no hacerlo. También cabe la posibilidad de que la empresa no quiera asegurarle. En ese caso, y siempre que dos compañías hayan rechazado al conductor, el Consorcio de Seguros -entidad pública empresarial adscrita al Ministerio de Economía- tiene la obligación de asegurarle u ofrecerle una compañía dispuesta a hacerlo.

SEGUROS PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

Esta pólizas cubren riesgos que se pueden dar en viajes y cuando practicamos deportes de aventura o de riesgo. Tradicionalmente, algunas profesiones de riesgo, como bomberos, policías, pilotos de avión, personal de seguridad u obreros de la construcción, llevan implícito en su contrato la suscripción de pólizas que contemplan las principales contingencias que puede acarrear el desarrollo de su trabajo. Pero la cobertura de las actividades que conllevan cierto riesgo no se queda en las pólizas para actividades laborales peligrosas, sino que incluye también las lesiones o percances sufridos por viajeros que se lanzan a la aventura o deportistas arriesgados.

En general, la cultura aseguradora en España en cuanto a materia de viajes se refiere está aumentando progresivamente. A pesar de esto, los niveles de nuestro país aún están lejos de datos de países centroeuropeos como Inglaterra o Francia. Si bien la principal actividad en la que se demandan coberturas es la del esquí y los diferentes modalidades de deportes de invierno, hay todo un mundo de opciones de aventura que están cobrando bastante importancia como el senderismo, el montañismo, la escalada, el descenso de cañones, puenting, paracaidismo, buceo o espeleología, entre otras.

Este tipo de actividades, es donde encontramos posiblemente el mayor índice de contratación de seguros dentro de los diferentes tipos de viajes que se pueden realizar en España, entrando en el mercado con bastante fuerza todo lo relacionado con el turismo alternativo. El crecimiento de este mercado también tiene mucho que ver con la evolución que ha sufrido el sector en los últimos años, donde los riesgos especiales cada vez son más asegurables.

La evolución de este tipo de seguros ha seguido en paralelo el proceso comenzando en el mercado asegurador mundial de mercado blando. Ahora es mucho más fácil contratar este tipo de riesgos que hace unos años cuando el mercado mundial estaba en situación mucho más restrictiva para la incorporación de riesgos especiales.

Una de las causas del aumento de contratación de estas pólizas, aparte del incremento de viajes de placer para realizar actividades alternativas, es la cada vez mayor profesionalización de los deportes de invierno. En las actividades de montaña el número de practicantes federados, excluyendo el senderismo, ha disminuido ligeramente, si bien su práctica se está profesionalizando cada vez más. También depende del tipo de deporte que se realice y de su nivel de dificultad.

Desde las federaciones se distribuyen directamente estos productos, en muchos casos de forma obligatoria. Pero también resulta necesario una mayor mentalización de los clientes de la necesidad real de contar con ciertas coberturas que puedan darle seguridad ante determinadas situaciones.

En las asociaciones tienen que apostar por ofrecer a todos sus clientes el seguro, para que el servicio recibido por éste sea el mejor. En este sentido, las federaciones hacen bien su trabajo".

Pero las federaciones ofrecen muchas veces un seguro de forma automática y obligatoria, lo que implica que a veces ni las coberturas ni las sumas aseguradas son las más adecuadas. Por eso, resulta fundamental un correcto asesoramiento en función del perfil de riesgos de cada cliente. Normalmente las pólizas que se suelen hacer son para garantizar gastos médicos, accidentes y responsabilidad civil. Sin embargo, el cliente está cada vez más mentalizado de la importancia de contar con coberturas más específicas, sobre todo para actividades especiales, como el rescate ante una situación de emergencia. Además, este tipo de seguros son los que más siniestralidad reflejan dentro de los seguros de viaje. Sobre todo, porque cada vez que se produce una situación de emergencia, el despliegue de medios tiene un coste muy elevado, al que el cliente muchas veces no puede hacer frente.

La aseguradora World Nomads cubre la práctica de la mayoría de deportes de aventura en cualquier destino internacional, ya sea salto elástico en Nueva Zelanda o barranquismo en aguas bravas del río Colorado, en Estados Unidos, y permite reclamar a sus usuarios desde cualquier lesión, a la pérdida de un iPod o un ordenador portátil. Una de las ventajas de su contratación es la extensión de su cobertura, ya que permite ir ampliándola en función de las circunstancias: si se decide alargarla, basta con hacerlo desde la página web de la compañía de seguros. La cobertura médica de este seguro ofrece un amplio abanico de servicios, entre los que se incluyen la hospitalización, evacuaciones de emergencia, transporte en ambulancia y el acompañamiento de los parientes más cercanos. Los precios de esta propuesta aseguradora, que también contempla la cancelación del viaje, oscilan en función del tiempo de duración contratado. Desde un mínimo de 4 euros para dos días y 60 euros para cinco semanas, los deportistas de riesgo pueden tener una amplia cobertura en cualquier destino.

European de Seguros ofrece una póliza llamada “Business Star” dirigida a los viajeros de negocios. Aunque no siempre se tenga en cuenta, puede ser una actividad que conlleve ciertos riesgos, especialmente si los tratos mercantiles han de efectuarse en zonas en conflicto. De este modo, la póliza está adaptada para cubrir riesgos en cualquier lugar del mundo, y es el único seguro de viaje del mercado que incluye la indemnización por secuestro, así como el tratamiento psicológico debido a situaciones de crisis vividas durante viajes laborales.

La cobertura de terapia de crisis asiste a los viajeros que sufran una afección psicológica aguda durante sus desplazamientos laborales, fruto de una situación traumática como consecuencia de los efectos de un accidente, un asalto o una revuelta popular... La póliza contempla los costes del tratamiento psicológico del viajero a su regreso a España. Esta solución aseguradora incluye también coberturas habituales como la asistencia médica (tanto en el extranjero, como en el propio país),pérdida de equipaje o retrasos, tos, o cualquier clase de repatriación (por enfermedad, accidente o fallecimiento).

La tarifa de este seguro, para una modalidad anual máxima de 90 días, oscila en función del paquete contratado, cuyos precios son desde 27,25 euros a 372,50 euros, según el destino (España, Europa o el resto del mundo), con una prima mínima de 30 euros para cada una de las pólizas. Para estancias superiores a 90 días, o para el personal desplazado, la tarifa se eleva hasta 49 euros, 120 euros, 572 euros y 660 euros, dependiendo de la modalidad contratada, de tal modo que la póliza se va encareciendo a medida que el destino esta más alejado del país de origen. Asimismo, se pueden suscribir pólizas para viajes esporádicos, a partir de 3 euros por día o 30 euros mensuales.

En ciertos oficios y profesiones es obligatoria la contratación de una póliza con la que poder cubrir posibles accidentes o lesiones derivados del trabajo. Sin embargo, en otras es optativo y cada trabajador debe decidir personalmente la necesidad de cobertura en caso de accidente o muerte en la ejecución de su actividad. ¿Cuáles son las ocupaciones más peligrosas? Según la Oficina Internacional de Estadísticas del Trabajo, los 10 trabajos con mayor riesgo de sufrir un percance serio son los siguientes:

Cortador de maderas.
Piloto de avión.
Obrero de la construcción.
Conductor de camiones.
Ocupaciones en una granja.
Jardinero.

Trabajador de fábrica.
Policía o detective.
Carpintero.
Ventas y actividades relacionadas con el sector de la madera.

Importancia de la garantía de repatriación: muchas veces las actividades deportivas se realizan en países extranjeros que están lejos del país de origen. En caso de accidente o de cualquier otra incontinencia, es necesario repatriar al herido o al fallecido a su nación, con el coste tan elevado que ello supone. De ahí la importancia para el cliente de contar con una garantía de este tipo. Es plenamente recomendable ya que, en caso de accidente, un cambio en los planes que conlleve la repatriación suele causar un grave perjuicio. La repatriación, tanto en caso de accidente o enfermedad como en la de fallecimiento, tiene grandes dificultades tanto a nivel de organización como a nivel de coste. En algunos casos, se tiene que realizar incluso en avión medicalizado, o con unas condiciones muy concretas para poder trasladar al asegurado en óptimas condiciones.

SEGUROS DE ESQUÍ

Aunque en las distintas pistas de esquí se pueda recurrir a los profesionales del puesto de socorro, cuando se produce un accidente en la nieve la asistencia de urgencia no está cubierta ni por la Seguridad Social ni por los seguros privados de salud. De manera que si el esquiador no cuenta con la protección de un seguro específico deberá asumir el coste de estos primeros auxilios.

Practicar deportes de nieve siempre lleva conlleva un alto porcentaje de riesgo, por lo que puede ser conveniente contar con la protección de una póliza que pueda paliar los efectos derivados de un accidente. Las compañías de seguros comercializan una serie de productos específicos, cuyas garantías van desde la cobertura de gasto médico por enfermedad o accidente, hasta la responsabilidad civil privada por daños a terceros, pasando por el aseguramiento del equipaje, y la pérdida de clases de esquí o del *forfait* a consecuencia de un accidente. En muchos casos, estos seguros no se circunscriben únicamente a la práctica del esquí, sino que alcanzan a las contingencias que se pudieran derivar de otros deportes relacionados con el mundo de la nieve: *snowboard, luge, skeleton, biathlon, half-pipe*, etc.

La variada gama de productos permite a cada deportista diseñar su propio seguro, hacer una **póliza a la carta,** cuya cobertura y validez temporal dependerán de sus preferencias y del tiempo que dedique a esta afición. Antes de decidirse por uno u otro producto, es conveniente planear de antemano los días que se va a esquiar a lo largo de la temporada. De esta manera, el esquiador podrá optar entre las pólizas que cubren toda la temporada o las que tienen validez para uno o varios días, sin tener que desembolsar dinero de manera innecesaria.

¿Qué contingencias cubre el seguro?

A la hora de contratar una póliza de esquí, el deportista debe fijarse detenidamente en sus condiciones de cobertura. Aspectos como si tiene una validez para toda la temporada o no, su duración o los destinos que cubre, son algunos requisitos que deben ser analizados antes de suscribir un seguro. Para obtener la mejor póliza, es aconsejable que **quienes esquíen con asiduidad** contraten un seguro con la cobertura más amplia posible, que incluye básicamente un seguro de responsabilidad civil (gastos judiciales e indemnizaciones), gastos médicos (hospitalización, gastos farmacéuticos o quirúrgicos), prórrogas de estancia en hotel por prescripción médica, traslados desde el centro hospitalario y reembolso del *forfait* o de las clases no utilizadas. Por el contrario, los **esquiadores esporádicos**, cuyo contacto con la nieve es de pocos días al año, pueden optar por seguros básicos que se contratan por un tiempo determinado.

Casi todas las pólizas cubren la estancia en hotel y hospital, traslados y devolución del importe del *forfait* o las clases

En el caso de esquiar en estaciones internacionales, es importante contratar un seguro cuya póliza tenga una cobertura lo más amplia posible, incluyendo los gastos derivados de la repatriación (por fallecimiento o enfermedad), del rescate y la búsqueda en montaña, o del envío de un chófer profesional si el accidentado no puede regresar en su propio vehículo desde la estación de esquí.

Las tarifas de las pólizas dependen de cada producto concreto, de la duración de la estancia, y del destino. A medida que aumentan los días el precio se encarece, pero puede resultar más rentable para quien la suscriba. El precio del seguro de un día oscila en torno a 8 euros si tiene como destino alguna estación invernal española, y a los 12 euros si el destino es Europa. Para cubrir las contingencias que se puedan presentar en otras áreas del mundo, la tarifa se dispara hasta los 60 euros de media. Para un período de entre dos y tres días se debe abonar una cuota de 15, 20 y 60 euros respectivamente, mientras que para períodos más amplios (7 a 10 días) el coste es de 25, 35 y 65 euros, según el destino elegido.

A los deportistas que practiquen el esquí de forma regular les interesa contratar un seguro anual, con una tarifa de entre 60 y 80 euros, o suscribir una póliza mixta en la que se incluye la rehabilitación, que tiene un plus de 10 a 20 euros.

Los productos más completos son los desarrollados por determinadas aseguradoras que ofrecen a sus clientes '**pólizas a la carta**'. Una de estas compañías, Winterthur Seguros, ha diseñado una póliza a la que denomina "Asistencia Esquí" que, además de una asistencia tradicional (gastos de hospitalización, repatriación, estancia de acompañantes, deterioro o robo de equipajes, etc.), incluye novedades como gastos del rescate en pistas, o el reembolso de las clases de esquí y del forfait no utilizado. Este producto cubre estas contingencias durante todo el año, en cualquier destino de España, Andorra y resto de Europa.

Intermundial Seguros, por su parte, ha lanzado el "Ski Plus", un seguro especialmente diseñado para personas que practican además otros deportes de invierno, entre los que se encuentra el snowboard, uno de los que ha conseguido más adeptos durante los últimos años. A la tradicional oferta, se añade una cobertura especial para accidentes de la práctica de esquí fuera de pista, aunque siempre dentro de los límites de la estación de esquí.

Europea de Seguros es otra de las aseguradoras que introduce en su producto características específicas como el rescate en pista, el robo, pérdida o deterioro del material y el reembolso del forfait, y la pérdida de clases de esquí a consecuencia de un accidente. Este seguro contempla la posibilidad de contratarlo en grupo, es decir, con condiciones especiales para excursiones con un máximo de hasta cinco personas. Europ Assitance, en línea con el mercado asegurador, proporciona asistencia médica hasta un máximo de 3.000 euros en España, y 600 euros en el extranjero. Asimismo, cubre la prolongación de la estancia en el hotel con un máximo de 10 días por 60 euros por día, y el desplazamiento de un acompañante y alojamiento en el hotel durante un máximo de 10 días.

También las entidades financieras se han introducido en este nicho de mercado, y algunos bancos y cajas de ahorro ofrecen a sus clientes la posibilidad de contratar este producto, en colaboración con las principales aseguradoras. Incluyen en ellos la asistencia médica y la repatriación, gastos paralelos a éstas como desplazamiento y hotel de acompañante en determinados casos de hospitalización, pérdida de forfaits y clases de esquí por repatriación, garantía de pérdida de equipajes y asistencia durante el viaje.

SEGUROS MÉDICOS

Los seguros médicos privados establecen sus tarifas en función de coberturas que son muy complicadas de comparar entre sí. Los criterios que suelen usar son: edad, sexo y zona geográfica de residencia, por lo que el precio varía mucho entre una y otra. En lo que todas las compañías coinciden es en que si se es mayor de 64 años es mucho más complicado, por no decir imposible, obtener un seguro médico privado.

■ **La edad**. En ADESLAS un hombre de 64 años no pagará lo mismo que un chico de 19. El anciano, suponiendo que viviera en La Coruña, pagaría una de las cuotas más altas - más de 1.400 euros anuales-, mientras que un hombre de 35 años tendría una prima anual de 543,66 euros, y un joven de 19 abonaría al año 502,24 euros. Todos con la misma póliza, "Adeslas Completa", que incluye atención primaria, urgencias, especialidades, medicina preventiva y hospitalización (los seguros dentales siempre van aparte).

■ **La empresa aseguradora.** Si la edad es un factor determinante, también lo es la compañía. Por ejemplo, en SANITAS, por una cobertura total como la anterior, un hombre de 45 años en Madrid pagaría anualmente 599,73 euros por la póliza, mientas que el mismo hombre con un seguro contratado en ADESLAS pagaría 659,51 euros. Es importante entender que estos números son meros indicadores, y que siempre se debe comparar qué compañía ofrece mejores y más amplios servicios en la misma comunidad.

■ **Sexo.** Si se toma en consideración el género, las diferencias también resultan sorprendentes. De este modo, una mujer de 45 años que viva en Murcia y deseara contratar una póliza con ADESLAS pagaría una prima anual de unos 800 euros, mientras que un hombre de la misma edad y lugar de residencia pagaría sólo 692,20 euros.

■ **Lugar**. Otro factor importante a la hora de contratar un seguro es la relación que se establezca entre la compañía y la región de residencia. Dependiendo de en qué comunidad autónoma o ciudad se resida, se pagará más o menos. En ASISA, a la hora de calcular la prima establecen como criterios de diferencia Alicante, Baleares, Barcelona, Cuenca, Palencia, Soria y Melilla. Por ejemplo, una familia compuesta por un padre, madre y dos hijos que viviera en Cuenca pagaría una prima mensual por los cuatro de casi 220 euros al mes, mientras que la misma familia, si viviera en Barcelona, pagaría 10 euros más cada mes.

SEGURO MÉDICO PARA ANIMALES DE COMPAÑIA

La póliza incluye específicamente en el ámbito de la salud:

■ Gastos de asistencia veterinaria **como consecuencia de un accidente** sufrido por el animal asegurado: exploraciones iniciales, radiografías, análisis, electrocardiogramas, intervenciones quirúrgicas, anestesia, material quirúrgico, medicamentos, osteosíntesis, prótesis y/o fibroendoscopia, cuidados postoperatorios, curas y estancia en la clínica, cuando fuera preciso.

■ Gastos de asistencia veterinaria **a domicilio**.

■ Gastos de asistencia veterinaria **por enfermedad**: pruebas diagnósticas, análisis de laboratorio, intervención quirúrgica, anestesia y gastos postquirúrgicos, hospitalización en clínica y medicamentos.

Pero como en todo contrato, se hace necesario leer la "letra pequeña". Por ejemplo, en el apartado de accidentes, la cobertura garantiza la atención "por ingestión de cuerpos extraños, con un límite, para este apartado, de un siniestro por año". De igual modo, tiene limitaciones para la cobertura de medicamentos, que sólo estará vigente durante el periodo de internación del animal. También los gastos tienen el límite de "la suma asegurada por anualidad de seguro", que dependerá de cada caso según el animal de que se trate.

Por otra parte, en caso de hospitalización, la póliza entiende como cubiertos estos gastos "única y exclusivamente cuando el animal asegurado permanezca ingresado por un período superior a las 24 horas consecutivas en la clínica", lo que quiere decir que ante un intervalo temporal menor, los gastos correrán por cuenta del propietario. Por último, las indemnizaciones correspondientes a accidentes tienen el límite de la suma asegurada para cada concepto, por lo cual debe figurar detalladamente en la póliza.

CONCLUSIONES

Después de este análisis de seguros vinculados a productos y servicios financieros y no financieros podemos llegar a las siguientes conclusiones:

■ El aumento en los últimos años del fenómeno del seguro como producto vinculado a un producto y servicio principal.

■ Si ya de por sí con los seguros falta información en su comercialización, con los vinculados existe mayor opacidad. Llegando a darse casos en los que el consumidor está pagando un serguro y lo desconoce.

■ Muchos de estos seguros vinculados son impuestos por quien comercializa el producto principal. Convirtiendo la contratación del seguro en una condición indispensable para la compra o contratación del bien o servicio principal.

■ El aumento del precio final del producto o servicio, puesto que en este va también el del seguro (obligatorio o impuesto).

■ Doble contratación. El consumidor puede estar ya asegurado y a pesar de ello imponérsle la contratación de otro seguro diferente pero con las mismas coberturas al que ya tiene.

■ Además, este desconocimiento de que el producto principal lleva aparejado un seguro conlleva no solo una de libertad para contratar sino también la posibilidad de reclamar la indemnización en caso de producirse un siniestro cubierto por el seguro.

PROPUESTAS

Vistos los problemas más importantes que plantean los seguros vinculados, desde ADICAE se propone:

■ Mayor transparencia en la comercialización de estos seguros, informando previamente a la compra o contratación del servicio de la vinculación.

■ A la vez que se informa y advierte al consumidor de esa vinculación, detallar también el aumento de coste que supone la contratación de ese seguro vinculado.

■ Obligación por parte del vendedor de entregar las condiciones del seguro una vez contratado el servicio o comprado el producto.

II. LOS CONSUMIDORES EXAMINAN EL MUNDO DE LOS SEGUROS

A) LOS CONSUMIDORES NO CONOCEN SUS SEGUROS

El análisis del grado de conocimiento que tienen los consumidores en nuestro país ha deparado numerosas sorpresas. En primer lugar existe una gran confusión en los usuarios acerca de quién puede ofrecernos y comercializar en nuestro país una póliza de seguros. A partir de ahí, gracias a una encuesta y un estudio de campo realizado por ADICAE se ha podido comprobar cómo la falta de información y de conocimiento acerca de los seguros contratados, posibilidades, eficacia y coste es una de las premisas habituales en este sector.

Los datos obtenidos y los resultados se han agrupado en dos:
-Encuesta
-Estudio de campo

ENCUESTA "CONOZCA SU SEGURO"

El análisis del grado de conocimiento que los españoles tienen sobre sus seguros se ha realizado mediante un estudio de campo basado en una encuesta. Se realizó a todos los consumidores que acudían a la asociación y a sus actividades en las diversas delegaciones que ADICAE tiene ubicadas en todo el territorio nacional, además de realizar encuestas a través de la web y encuestas en la calle. A partir de esta recogida de datos se realizó el recuento y estudio estadístico.

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

Ámbito de la encuesta: Nacional.

Universo a encuesta: Población residente en España mayor de edad.

Tamaño de la muestra: 1030 encuestados.

Fecha de realización de la encuesta: Del 11 de Marzo de 2008 al 21 de Noviembre de 2008.

Edad: La media de edad de la población encuestada es de 41,68 años, con un rango de edades que va desde los 18 años a los 78 años. La moda (edad más repetida entre los usuarios de seguros entrevistados) es de 44 años.

Sexo: La distribución por sexos es del 56,23% hombres encuestados, mientras que el 43,76% son mujeres.

Nacionalidad: El 88,6% de las personas encuestadas son de nacionalidad española, el 9,67% son extranjeros de fuera de la unión europea y el 1,72% de nacionalidad Europea.

Objetivos perseguidos

Mediante el estudio desarrollado se perseguía lograr una visión global y altamente significativa del perfil del usuario de seguros. Por este motivo se incluyeron en el análisis diversas variables relativas a diferentes aspectos, que permiten evaluar entre otras cuestiones:

■ Conocer qué parte del presupuesto de las familias va destinado a los seguros así como la composición y cuantías pagadas anualmente de forma concreta para cada ramo de seguros.

■ Determinar el grado de satisfacción de los consumidores así como los principales motivos de quejas y reclamaciones.

■ Detectar las malas prácticas en la comercialización de los seguros.

■ Poner de manifiesto el desconocimiento a cerca de los derechos y obligaciones del consumidor en la contratación de los seguros por parte de éste.

■ Determinar el grado de conocimiento por parte de los consumidores a cerca de los seguros que tienen contratados así como de los medios de resolución de conflictos en este sector.

■ De esta forma, el análisis desarrollado permite conocer la situación del mercado del seguro, así como los hábitos de sus usuarios.

Forma de realización

Para lograr este objetivo las encuestas se han realizado en las principales provincias españolas en cuanto a densidad de población. Cabe aclarar que el universo de la encuesta es la población residente en España mayor de edad, por lo que están incluidos los inmigrantes. Las encuestas se han realizado mediante dos técnicas distintas:

■ A través de internet, mediante encuestas personales enviadas por correo electrónico.

■ Encuestas hechas en persona a socios de ADICAE, además de otras realizadas a pie de calle.

Descripción del cuestionario

La encuesta se compone de tres partes claramente diferenciadas en función de la información que queremos conseguir.

■ En la primera parte encontramos preguntas destinadas a obtener información sobre el presupuesto que destinan las familias a los seguros.

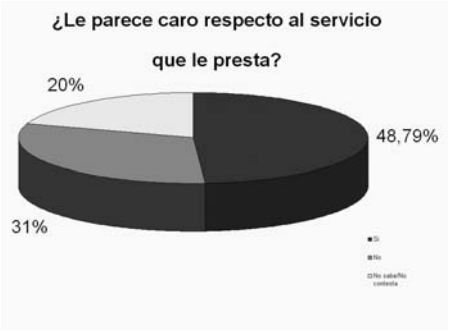
■ En la segunda parte formulamos preguntas sobre el tipo de seguro que tienen contratados los residentes en España y a través de qué tipo de compañía los contrataron.

■ En la tercera parte formulamos preguntas relacionadas con los problemas que el consumidor ha tenido con los seguros así como su predisposición a la interposición de reclamaciones y experiencias con éstas.

COSTE Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La cuantía media anual pagada por la unidad familiar por todos los seguros contratados es de 1015,34 euros/año. Siendo el rango de euros pagados desde 0euros/año llegando a los 6000euros/año.

De los consumidores entrevistados el **48,79%** considera caro el precio que paga por sus seguros respecto al servicio que le prestan, mientras que el **31%** no los considera caros y el resto un **20%** no saben/no contestan.

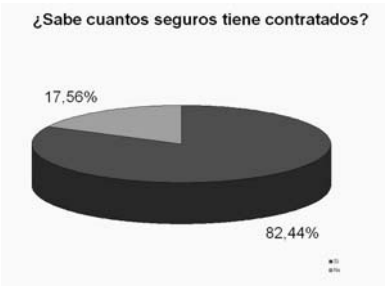


NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

Seleccionados todos aquellos que han manifestado tener, poseer o utilizar algunos de los servicios a encuesta, se indagó cuál era su nivel de satisfacción. El nivel de satisfacción de los usuarios de seguros es del **5,28%** en una escala del 1 al 10. Por tanto la confianza en el servicio apenas sobrepasa el aprobado.

DATOS SOBRE LOS SEGUROS CONTRATADOS

Hablando en términos de la unidad familiar, el **17,56%** de los encuestados confirman que no saben el número de seguros que tienen contratados mientras que sólo el **82,44%** afirman saberlo.

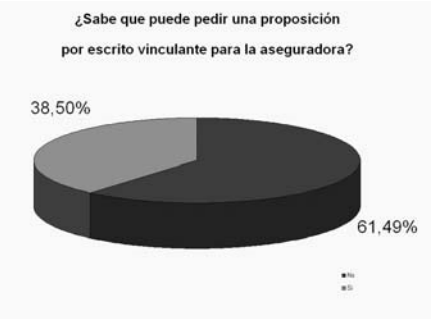


¿Cómo contrató su seguro?

La forma de contratación de los seguros más habitual con un porcentaje del **41,94%** es a través de las compañías aseguradoras, mientras que el segundo lugar lo ocupan los bancos y cajas de ahorros con un **29,20%**. Un **17,52%** contratan sus seguros mediante agentes o mediadores de seguros, el **4,42%** con un comercial y solamente el **2,47%** a través de internet.

Defectos en la documentación entregada

Tan sólo el **38,5%** de los encuestados conoce su derecho a pedir una proposición de seguro por escrito que sea vinculante para la aseguradora, mientras que el **61,49%** de las personas no saben que pueden pedir esta proposición.



El **14,19%** de los encuestados afirma que no recibió las condiciones generales y particulares tras la firma del contrato mientras que el **85,8%** si que las recibió.

El **60,53%** de los entrevistados dice conocer las condiciones de sus seguros mientras que el **39,47%** no conoce las condiciones generales ni particulares de su póliza.

DATOS POR PRODUCTOS

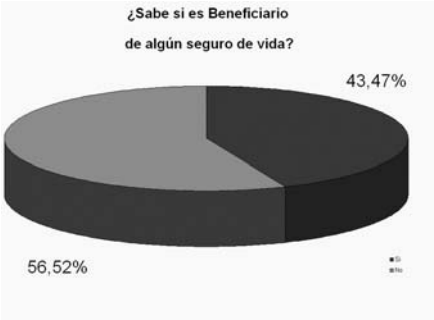
Se han seleccionado únicamente para este estudio los resultados correspondientes a seguros de vida, automóvil y vinculados, tanto por ser los más extendidos como por haber arrojado las conclusiones más interesantes.

Seguros de vida

El coste medio de los seguros de vida al año es de 327,49 euros. Se ha encontrado un amplio abanico de costes, llegando incluso a importes de 3200 euros al año.

El **56,52%** de los entrevistados no sabe si es beneficiario de algún seguro de vida mientras que el **43,47%** conoce que lo es.

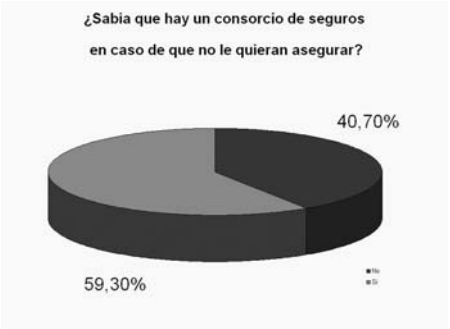
El **94,96%** de los consumidores no saben como averiguar si es beneficiario de un seguro de vida, mientras que el **5,04%** conocen el registro de seguros de vida con cobertura de fallecimiento.



Seguros de automóvil

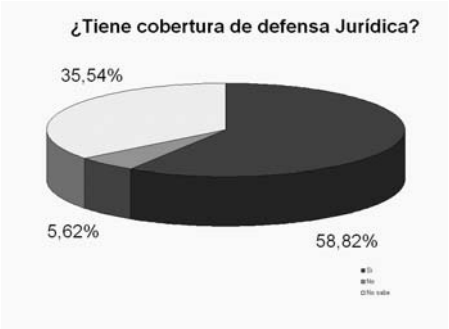
El coste medio anual del seguro de coche es de 540,84euros. Con un rango de valores que va desde los 0euros para personas que no tienen seguro de coche en vigor llegando a los 1.500euros anuales.

El **40,7%** de los encuestados no conocen la existencia del consorcio de seguros ni que en caso de que ninguna aseguradora les quiera hacer el seguro de coche obligatorio les puede asegurar. Mientras que el **59,3%** de los encuestados dice conocer esta entidad.



El **58,82%** de los encuestados que tienen seguro de coche afirman tener cobertura de defensa jurídica mientras que el **33,54%** no saben si tienen esta cobertura en el seguro y en último lugar el **5,62%** no tienen contratada esta cobertura.

El **48,1%** de los encuestados que tienen cobertura de defensa jurídica creen que no tiene nigún límite de gastos a cubrir y el **51,8%** dicen tener límite de gastos.



El **91,3%** de los encuestados no saben el límite de gastos a cubrir de la cobertura de defensa jurídica en el seguro de coche. De entre las personas que creían saber este límite la media de gastos que cubre ha sido de 2863,24euros. Estos valores van desde los 180euros que en algún caso se ha contestado hasta los 10.000euros.

El **79,1%** de los encuestados no sabe que puede elegir abogado con la cobertura de defensa jurídica mientras que tan solo un **20,89%** sabe que puede decidir quien le defenderá.

Seguros vinculados a tarjetas de crédito

El **36,69%** de los entrevistados sabe que tiene algún seguro vinculado a su tarjeta de crédito/débito mientras que el **63,3%** no sabe si tiene algún seguro incluido en su tarjeta.

Los encuestados que contestaron afirmativamente a la respuesta anterior, es decir dicen saben que tienen un seguro vinculado a su tarjeta respondieron que las coberturas del seguro eran las siguientes:

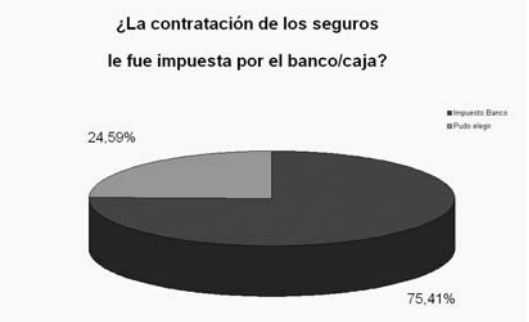
Accidente , muerte, robo, viaje, vida, asistencia en carretera y el **85%** de ellos no sabían determinar que seguro tenían.

Seguros vinculados a un préstamo hipotecario

El **71,29%** de los encuestados que tienen contratada una hipoteca tienen algún seguro vinculado a este préstamo hipotecario mientras que el **28,70%** dicen no tener ningún seguro relacionado con este préstamo.

De los encuestados que reconocen tener algún seguro relacionado con la hipoteca, el **44,8%** tiene un seguro de hogar vinculado con el préstamo, el **27,6%** tiene un seguro de vida, el **19,6%** de los entrevistados tiene un seguro de incendio en el piso hipotecado, mientras que el **6,8%** reconoce tener un seguro de protección de pagos y el restante **1,2%** tiene otros seguros vinculados.

El **75,41%** de los encuestados reconocen que su banco les impuso la contratación de los seguros mientras que el **24,59%** pudieron elegir.

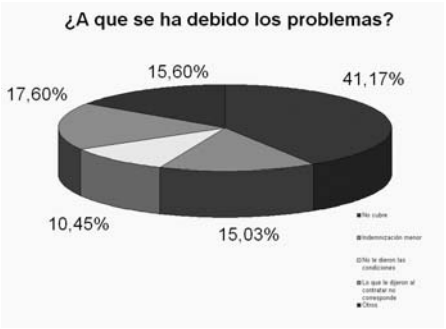


El coste medio anual de todos los seguros vinculados a la hipoteca es de 413 euros. Los importes se distribuyen de manera desigual llegando a alcanzar los 1800 euros anuales.

SISTEMA DE RECLAMACIONES

El **70,6%** de las personas entrevistadas no han tenido ningún problema con sus seguros mientras que el **29,4%** ha tenido en alguna ocasión algún contratiempo relacionado con estos productos.

Los principales problemas que se encuentran los consumidores son en un **41,17%** de los casos, que después de haber sufrido un siniestro la compañía les ha dicho que no lo cubre. Por otro lado, un **17,6%** de las personas al contratar el seguro han recibido información por parte del mediador que no corresponde con la póliza del seguro. En tercer lugar, un **15,03%** después de producirse un siniestro han recibido una indemnización menor de lo que creían que les corresponde y con un **10,45%** no recibieron las condiciones generales y particulares después de firmar el contrato. El restante **15,6%** han tenido otros problemas diferentes con la aseguradora.



De los consumidores que han tenido algún problema con su seguro tan solo un **19,6%** ha puesto una reclamación por escrito a la compañía mientras que el **80,2%** no ha formalizado la reclamación de forma escrita.

De las personas que han interpuesto una reclamación por escrito a la compañía aseguradora solamente el **33%** ha obenido resultados, mientras que en el **67%** de las reclamaciones no se han atendido las peticiones del asegurado.

El **66%** de los encuestados no sabe que en caso de obtener una contestación negativa ante una reclamación a una compañía aseguradora puede dirigirse al servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros. Mientras que solamente el **33%** conoce este dato.

CONCLUSIONES GENERALES

De entre los datos más destacados recabados en la encuesta "Conozca su seguro" se puede destacar que el **17´56%** de los consumidores no sabe cuántos seguros tiene contratados a pesar de que el coste medio anual que realiza una familia en seguros asciende hasta los 1015´34 euros. Resulta especialmente llamativo el dato de que el 14´19% de los encuestados no recibiera en el momento de la firma un ejemplar de las condiciones particulares y generales, algo que en nada ayuda a la información y conocimiento por parte de los usuarios.

También se constata el escaso conocimiento de los consumidores del Registro de Seguros de Vida puesto que el **95%** de los usuarios de seguros de vida no sabría cómo averiguar si es beneficiario de una póliza de vida. Esperemos que el método de consulta de oficio que realizan los notarios cuando realizan los trámites de una herencia siga funcionando, aunque ya en sí mismo se corra el riesgo de que aún así pueda obviarse la existencia de numerosas pólizas.

El descontento de los usuarios en el sector de seguros también se plasma en los datos acerca de seguros que le son colocados en la cuota de una tarjeta de crédito y de los que desconoce su existencia y por supuesto no tiene un ejemplar de la póliza (por ser beneficiario y no tomador se dice, aunque lo que importa es que el usuario no sabe cuándo acudir a su póliza en caso de siniestro). También en las hipotecas, donde la alegría en la concesión de préstamos en los últimos años ha venido de la mano con la imposición de seguros de todo tipo (incluso no necesarios para el consumidor en muchos casos).

En cuanto a las reclamaciones, los datos del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros son todavía modestos, lo que constata la falta de acceso de reclamaciones de usuarios a esta instancia. Los consumidores en la mayoría de casos chocan con su compañía a la hora de pedir el pago de indemnizaciones. Aunque no se han evaluado los casos en los que el consumidor tenía o no razón al discrepar con su entidad por este concepto, lo cierto es que o existe una gran falta de información de lo que está cubierto en la póliza (y eso no es responsabilidad sólo del consumidor) o hay abierta una gran vía de agua a la hora de cometer abusos en esta materia por parte de las aseguradoras.

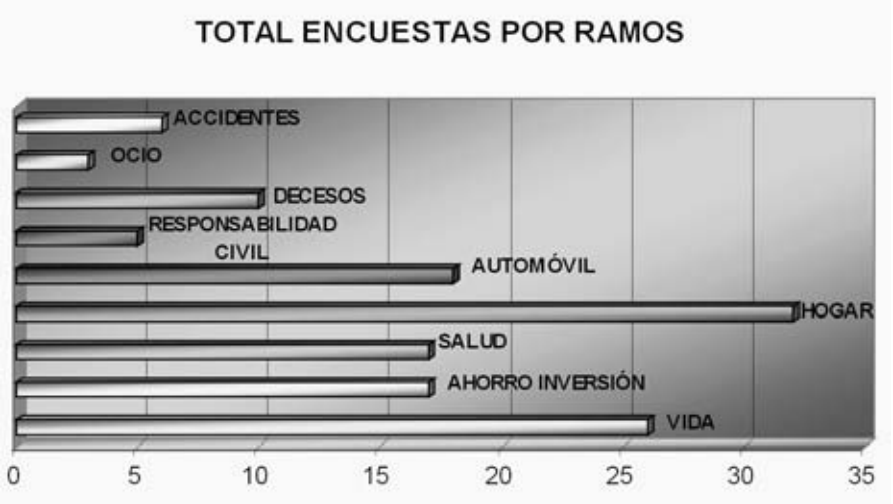
LA COMERCIALIZACIÓN Y CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS

ESTUDIO DE CAMPO DE ADICAE

El análisis de las prácticas aplicadas en la comercialización de los seguros, se ha realizado mediante un estudio de campo basado en la observación y la recogida de información en las entidades comercializadoras. Para este estudio, se han analizado las visitas realizadas a un total de 62 oficinas correspondientes a 23 entidades, tanto aseguradoras como entidades financieras. En cada visita, se ha solicitado información y se ha cumplimentado un cuestionario relativo a dos productos, de tal forma, que este estudio se argumenta en base a 124 procesos de comercialización de un determinado tipo de seguro.

Los ramos de seguro sobre los que se fundamenta el análisis son los siguientes:

seguro de vida,
productos ahorro-inversión,
seguro de salud,
seguro de hogar,
seguro de automóvil,
seguro de responsabilidad civil,
seguro de decesos,
seguro de ocio,
seguro de accidentes.



Ciudades y entidades en las que se realizaron las visitas

Las visitas se realizaron en nueve ciudades españolas: Madrid, Barcelona, Zaragoza, Valencia, Mérida, Cáceres, Valladolid, Castellón y A Coruña. A continuación se detallan las entidades que fueron visitadas durante el presente año 2008.

Las aseguradoras visitadas fueron las siguientes:

CASER
MUTUA GENERAL DE SEGUROS
PELAYO
LIBERTY SEGUROS
VITALICIO DE ESPAÑA
GES SEGUROS Y REASEGUROS
SANTA LUCÍA
GROUPAMA PLUS ULTRA
OCASO
LA ESTRELLA
MUTUA MADRILEÑA
FIATC
PATRIA HISPANA
ALLIANZ
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE
MAPFRE
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA
DKV
ESTRELLA SEGUROS
ERGO SEGUROS.
REALE,
AXA,
ADESLAS,
SANITAS,
ASISA,
ZURICH SEGUROS,
NORTEHISPANA,
PREVENTIVA DE SEGUROS Y REASEGUROS,
ARAG,
VITALICIO,
MAPHRE
LAGUN ARO

Las entidades financieras visitadas fueron las siguientes:

LA CAIXA
BBVA
BANCO SANTANDER

Objetivos perseguidos

Mediante el estudio realizado se persigue dar una visión global de la forma de comercialización de un producto tan complejo, como es el del seguro, y resaltar los principales problemas con los que se puede encontrar el consumidor cuando acude a una de estas entidades con la intención firme de contratar un seguro. Por este motivo se incluyeron en el análisis diversas variables relativas a diferentes aspectos, que permiten evaluar, entre otras cuestiones:

■ El grado de cumplimiento de la normativa general de protección de los consumidores y usuarios. Información precontractual.

■ Detectar el grado de malas prácticas y prácticas abusivas en la comercialización de seguros.

■ Grado de cumplimiento de la Ley de Contrato de Seguros.

■ Los casos de venta cruzada de productos.

Estructura y justificación del estudio de campo

Para una mayor claridad se han analizado separadamente los datos obtenidos con los cuestionarios en dos partes diferenciadas:

1.-Información precontractual.

Justificación: Según el art. 60 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios indica "Antes de contratar, el empresario deberá poner a disposición del consumidor y usuario de forma clara, comprensible y adaptada a las circunstancias la información relevante, veraz y suficiente sobre las características esenciales del contrato, en particular sobre sus condiciones jurídicas y económicas, y de los bienes o servicios objeto del mismo".

Con fundamento en este precepto y a la vista de los resultados de la encuesta realizada por ADICAE la inclusión de este primer bloque del cuestionario queda debidamente justificada para ADICAE teniendo en cuenta que, como es bien sabido, y ha sido ha puesto de manifiesto la DGSFP en sus Memorias, la información sobre los productos que reciben los usuarios de este tipo de entidades es deficiente, parcial e incompleta. Así, por ejemplo: Falta de información e inadecuado asesoramiento al asegurado en la fase previa a la contratación sobre la valoración de continente y contenido para los casos en los que el tomador pretenda estar asegurado al 100 % de su valor.

2.-Formalización de la venta.

Justificación: Las ofertas publicadas por bancos, cajas de ahorro y aseguradoras en su afán por aumentar su volumen de negocio no siempre son claras y veraces, confundiendo a los consumidores, que contratan inducidos, de manera errónea, por las campañas de marketing organizadas por estas entidades. Yendo en ocasiones mucho más lejos, al anteponer sus propios intereses por colocar un determinado producto, a los del cliente, al cual se lo venden sin haberle asesorado convenientemente, ni comprobado si este dispone de unos mínimos conocimientos.

Además, es una práctica generalizada, como hemos podido detectar durante la ejecución de este proyecto, la comercialización de seguros la falta de información, transparencia y venta agresiva e indiscriminada (son muchos los consumidores que contratan servicios o compran productos con un seguro vinculado al mismo con total desconocimiento).

Por otra parte, ante esta desinformación del consumidor, la inmensa mayoría de los mismos desconocen las coberturas reales de su póliza; y lo que resulta todavía más gravoso, suscriben pólizas en las que, como ADICAE ha podido analizar, y la propia Jurisprudencia ha puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones, figuran cláusulas abusivas, perniciosas para el usuario de estos servicios, que como tal ya se sitúa en inferioridad de condiciones, viendo agravada de este modo su situación, haciéndoles en ocasiones renunciar a sus derechos.

Esta cuestión es importante ya que en el art. 8 de la Ley de Contrato de Seguro se indica que "si el contenido de la póliza difiere de la proposición de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza. Lo establecido en este párrafo se insertará en toda la póliza del contrato de seguro".

Descripción del Cuestionario

El cuestionario empleado se enfoca desde la perspectiva de un consumidor que quiere adquirir un contrato de seguro. El motivo del análisis es buscar y detectar prácticas abusivas y malas prácticas en el proceso de comercialización y venta de un seguro.

Los aspectos que se analizaron en las distintas visitas pueden dividirse en dos bloques bien diferenciados.

I. Información precontractual:

-. Cuestionario

La información nos la dan: de palabra, hoja en sucio, solo publicidad, etc.

Solicitamos información sobre condiciones generales. ¿Nos las dan por escrito?

Solicitamos información sobre condiciones particulares. ¿Nos las dan por escrito?

Coste y forma de pago: ¿nos informan sobre primas, su coste y tipo de pago?

¿Se corresponde la información que nos dan verbalmente con la información que podemos llegar a obtener por escrito?

¿Resuelven las dudas y cuestiones que se les plantean?

Al solicitar información, ¿tenemos que rellenar algún cuestionario con nuestros datos?

¿Se condiciona rellenar el cuestionario con nuestra información para poder conocer las condiciones del seguro?

II. Formalización de la venta

-. Cuestionario

A parte de los seguros que solicitamos información, ¿nos intentan vender otros seguros?, ¿cuáles?

¿Condicionan la contratación del seguro a otro diferente?, ¿cuál?

¿Nos formalizan por escrito y entregan una proposición de seguro con las condiciones generales?

I. Defectos en la información precontractual

Como primer paso para valorar la realidad del Seguro en España el análisis de los datos obtenidos aborda la forma en ofrecer información al consumidor en el momento de la comercialización del contrato de seguro, pues no en vano constituye el primer paso en la relación del consumidor con la compañía aseguradora.

En este apartado se analiza la forma en que se ofrecen la información: de palabra, hoja en sucio o se nos entrega un folleto de publicidad del seguro que realmente antes de contratar se pone a disposición del consumidor de forma clara, comprensible y adaptada a las circunstancias la información relevante, veraz y suficiente sobre las características esenciales del contrato, en particular sobre sus condiciones jurídicas y económicas, y de los bienes o servicios objeto del mismo.

El contenido de la oferta, promoción o publicidad, las prestaciones propias de cada bien o servicio, las condiciones jurídicas y económicas y garantías ofrecidas serán exigibles por los consumidores y usuarios, aún cuando no figuren expresamente en el contrato celebrado o en el documento o comprobante recibido y deberán tenerse en cuenta en la determinación del principio de conformidad con el contrato.

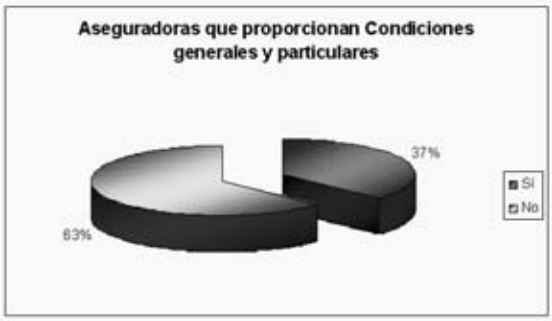
La venta agresiva de seguros, ya sea a través de agentes escasamente formados y semiprofesionales o a través de los empleados de sucursales bancarias, provoca un problema común a los consumidores consistente en llevarles a contratar seguros que, o bien no necesitan o tienen cubiertos con otras pólizas. Las relaciones clientes/aseguradoras están bajo sospecha; porque, además, a esta forma de venta (la cual podría denominarse "endoso"), hay que añadir una falta de información al usuario, debido a la escasa profesionalidad de sus propios empleados, que lo ofrecen sin tener en cuenta ni las necesidades reales del consumidor que los contacta, ni las características del mismo; llegando incluso el propio personal que lo oferta a carecer de la información necesaria para realizar su venta. En resumen, el objetivo único de estas entidades es enriquecerse a costa del dinero de los consumidores, sin tener en cuenta su voluntad, necesidades o intereses.

Ejemplo: *En una oficina comercial de la entidad aseguradora Zurich se solicita información sobre los diversos productos de ahorro-inversión que ofertar. El personal encargado de dicha oficina presenta una cierta inexperiencia y un total desconocimiento de las características de estos productos, hasta el punto de que la única información que le da al consumidor consiste en la lectura de un folleto publicitario, cuya promoción era válida hasta el 31 de julio de 2006.*

Una de las primeras cuestiones que se plantean es el medio en el que se nos facilita, como futuros asegurados, la información. No podemos obviar que el sector de los seguros se caracteriza por el empleo de un lenguaje técnico y complejo, no de fácil comprensión para un consumidor sin conocimientos específicos en la materia. Además, como ha podido constatar ADICAE, y así se ha puesto de manifiesto en este estudio, la publicidad empleada por estas entidades tampoco resulta clarificadora en cuanto a las condiciones de cada uno de los seguros. Por tanto, teniendo en cuenta todo ésto, resulta alarmante, o cuando menos digno de reflexión que la información recibida por los consumidores en el momento precontractual sea en el 74 % de los casos de palabra con una breve remisión al presupuesto; y el 26 % restante se divida entre una remisión a los folletos publicitarios (21 %) o una hoja a sucio (5%). Entra en este punto el tema de la suficiente información ofrecida al consumidor en el momento precontractual y de posterior formalización del contrato, por lo que no existe certeza de que éstos sean receptores efectivos de los derechos de información y transparencia en las condiciones financieras y de contratación legalmente establecidos.

El caos de las condiciones generales

Sólo en un 34 % de los casos se informó de manera detallada las condiciones generales de la póliza; y sólo en un 37% de los casos en los que se dio cumplida información de las condiciones generales se informó adecuadamente de las particulares del supuesto tomador.



Correcta información sobre las primas a pagar

Un 93 % de las entidades visitadas ofrecen una completa información sobre las primas, cuotas a pagar y las modalidades de pago (primas periódicas, prima única…).

El consumidor contrata con dudas

Sin embargo destaca que sólo en un 22 % de los supuestos han sido resueltas las dudas y cuestiones de manera más o menos satisfactoria; mientras que en un 78 % de las visitas la información suministrada ha sido insuficiente, e incluso deficiente o errónea.

Por sectores, es el ramo de los seguros de salud donde se le facilita al usuario una información más completa, entregando casi en la totalidad de los supuestos las condiciones generales, así como el cuadro médico y publicidad diversa.

El preocupante dato de los cuestionarios de salud

Sólo en un 11 % de los casos el cuestionario de salud, que ha de ser cumplimentado antes de la contratación del seguro, se ha sometido a la firma del asegurado. En el 89 % restante o bien ni se le ha entregado, o bien ha sido el personal de la aseguradora el que se ha encargado de rellenarlo sin la participación activa del tomador.

Respecto a la información ofrecida sobre las características del producto en el momento de la comercialización del mismo en las tres entidades financieras objeto del estudio es deficiente, e incluso a veces nula. Dada la importancia, a la hora de comercializar seguros, que tiene tanto las características de producto, como el perfil de interesado, de manera fundamental en los seguros de vida, en la contratación para poder ofrecer aquellos productos que mejor se ajusten a sus necesidades, es significativo el grado de desinformación y baja preparación de que adolecen los “profesionales” de las entidades financieras

II. Formalización de la venta : continúan los problemas para el consumidor

En esta parte del estudio de campo, se trataron de constatar circunstancias anómalas que pueden afectar al consumidor a la hora de prestar su consentimiento, tales como las diferencias entre el producto solicitado y el efectivamente contratado, contratación de otros productos no deseados o que no encajan en su "perfil". También se verificó si la contratación se realiza mediando toda la documentación exigida por ley o si por el contrario se omiten por parte de la aseguradora documentos que pueden resultar esenciales a la hora de que el consumidor preste su consentimiento y acabe contratando efectivamente la póliza.

Se analizó en cada visita si se pretendía por la entidad vender otro producto de seguro cuando realmente el consumidor sólo quería obtener información de un producto determinado.

Esta cuestión es importante ya que en el art. 8 de la Ley de Contrato de Seguro se indica que "si el contenido de la póliza difiere de la proposición de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza. Lo establecido en este párrafo se insertará en toda la póliza del contrato de seguro".

No entrega de propuesta de seguro

En el 39% de los casos no se entregó al interesado la propuesta de seguro, esto es, el documento que contiene las condiciones contractuales, y que vincula al asegurador durante un plazo de quince días. El 61% o bien la entregó en el momento, o la remitió en un momento posterior (por mail o por teléfono) justificando dicha demora con la necesidad de estudiar la información facilitada por el usuario, para adecuar la póliza a sus "necesidades".

Este alto porcentaje en el que se ofrece la propuesta de seguro contrasta con el bajo índice de supuesto en los que se le facilita al usuario las condiciones generales y particulares antes de la firma del contrato.

Venta de productos no deseados

Sólo en el 9% de los casos se ha ofrecido otro tipo de seguros distinto al producto sobre el que se solicita información, frente a un 80 % en el que sólo tratan vagamente de colocar el producto seleccionado por el consumidor. El otro 11 % representa aquellos supuestos en los que nos ofrecen ampliar las coberturas de la póliza mediante la contratación de un "seguro complementario" (seguro dental, seguro de accidentes, hospitalización, seguro de vida, asistencia jurídica…). Esta práctica es común en los seguros de salud.

Vinculación de productos

En el 93 % de los casos no se vincula la contratación del seguro a la contratación de otro tipo de producto (financiero o un seguro de distinto ramo al solicitado). Sólo en un 6 % se ha dado esta situación. El 1 % restante responde a aquellas visitas en las que aún no siendo preceptiva la contratación de este segundo producto se nos ofrecía mediante una rebaja en la prima.

Sin embargo, en contraposición con los datos extraídos del cuadro anterior, es significativo el incremento en el porcentaje de exigencia de contratación de otro producto vinculado para hacer efectivo dicha operación de venta (92 %), frente a un 6 % en los que se han limitado a ofrecer la información solicitada. El 2 % restante responde a aquellos supuestos en los que si bien no se condiciona la suscripción de la póliza a la contratación de otro productos (cuenta corriente, depósito…) de la propia entidad, sí hay algún tipo de oferta comercial.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE CAMPO

Malas prácticas detectadas por ADICAE

Incumplimientos de la normativa vigente

Se han detectado incumplimientos de las obligaciones documentales que imponen los art. 104, 105 y 107 de la Ley de Contrato de Seguro, que exigen entregar una seria de información básica al consumidor por escrito antes de contratar. ADICAE reclama por ello que se cree un formulario standard común a todos los seguros en el que se cumplimenten las características más importantes del seguro y que más interesan al consumidor (coberturas, exclusiones, identificación del proveedor, coste, etc.)

Información desvirtuada o incompleta

En general se ha detectado una baja formación del personal que comercializa los seguros o al menos no se han explicado correctamente ni las características de los productos, lo que deja al consumidor con dudas, y les puede llevar al consumidor a contratar productos no adecuados. Estos incumplimientos se resumen en:

a) Falta de información en la contratación de seguros de vida en los que el tomador asume el riesgo de la inversión; esto es, se ofertan productos en los que se aprecia que el cliente no distingue si es un producto bancario, de inversión, un seguro o un plan de pensiones.

b) Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo de rescate en un seguro de vida.

c) En los seguros de hogar falta de información e inadecuado asesoramiento al asegurado en la fase previa a la contratación sobre la valoración de continente y contenido para los casos en los que el tomador quiera asegurar el 100 % de su valor.

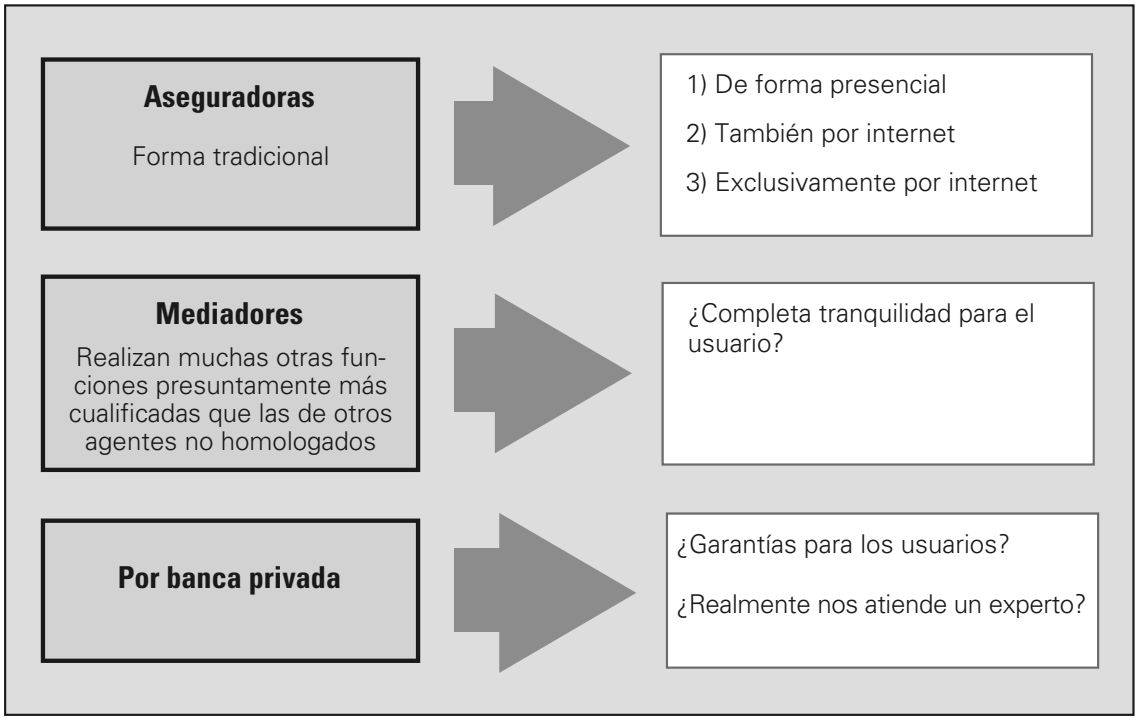
d) Se condiciona la efectiva suscripción del seguro a la contratación de otro tipo de seguros con la misma entidad.

e) Algunas entidades muestran, entre varias posibilidades, la que según su criterio, es “más ventajosa” para el consumidor, sin advertirle del sobreseguro.

Datos personales

Condicionan el acceso a la información que requerimos a la obtención de nuestros datos personales. Esta conducta es especialmente más grave si cabe cuando solicitamos información sobre un seguro de hogar, y la información requerida es de índole personal, y en ningún caso referida al inmueble objeto del seguro.

B ¿CON QUIÉN CONTRATA EL CONSUMIDOR SUS SEGUROS?



ANÁLISIS PRÁCTICO SOBRE LAS FORMAS DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS

Contratación presencial ante banca privada. Comparación con compañia aseguradora

Este estudio de campo lo componen 5 casos-experiencia aleatorios llevados a cabo en Madrid y en Sevilla por parte de técnicos de ADICAE en entidades financieras y en las compañías aseguradoras de las que los bancos y cajas actuaban como mediador. Se quería comprobar las diferencias que existían (coste, documentación, información) cuando un mismo producto era ofrecido por una aseguradora o una entidad financiera actuando como mediador.

Se trata de 5 sucursales de las entidades financieras siguientes:

- Caja de Madrid - CASER
- Ibercaja
- Cajasol
- Unicaja
- BBVA

IBERCAJA. Agente de CASER
Seguro de Hogar.

Se realiza estimado un piso de 100m2

En la entidad financiera

En cualquier caso solicitan la presentación de póliza de seguro vigente pues la empresa CASER de la cual la entidad bancaria es agente, mejora en todocaso el anterior seguro.

En la aseguradora

Visita en persona CASER en la ciudad de Sevilla (c/Imagen) preguntando por un presupuesto con las mismas caracteristicas que el solicitado en la Ibercaja, nos solicitan nombre y DNI, y sin ningún tipo de problema nos facilitan el presupuesto. Ahora bien, la cobertura de joyas a través de CASER la cantidad total a cubrir es inferior a la que nos proporciona Ibercaja; no nos hace mención acerca del concepto de objeto de valor especial.

Valoración comparativa

Si hacemos una comparación de primas es este producto con esa diferencia de coberturas observamos que el importe de la entidad financiera es más económico que el de la propia entidad aseguradora siendo la cobertura de esta última más reducida.

UNICAJA; Mediador CASER
Seguro de Hogar.

Mismas referencias del seguro solicitado en la visita anterior sobre hogar.

En la entidad financiera
En esta entidad se nos remite para poder conseguir el presupuesto al interventor de la misma; no nos facilita información la comercial o persona que está atendiendo al público. Eso sí nos exigen un DNI para poder sacarme el presupuesto.

Comparación de precios: al comparar precios vemos que la contratación del mismo es más costosa en la entidad financiera, ahora bien tenemos que considerar que en Unicaja el importe a cubrir en joyas es más amplio y sí está cubierto objetos de valor especial. (éstos no están cubiertos por la Compañía Aseguradora)

BBVA: Mediador Sanitas
Seguro de Salud.

En la entidad financiera
En esta sucursal solicitamos un presupuesto de seguro de salud sin que nos exija dato alguno. Se nos pregunta si queremos tener cubierto el dentista o no ya que se contrata aparte. Le solicitamos información sobre esa parte y nos dice en un primer momento que está todo cubierto si se solicita; posteriormente decide sacar dos presupuestos, uno con póliza dental y otro sin ella. Decide realizar una llamada a las clinicas de Sánitas para saber que es lo que cubre la póliza dental. Al recibir la información de la clínica la agente comercial de la sucursal tiene que retirar lo dicho anteriormente ya que existen numerosas pruebas que no aparecen cubiertas y que las tienes que abonar con un precio "especial".

En la aseguradora
Después de esta visita nos dirigimos a la sucursal de Sánitas para pedir información sobre su seguro de salud, en esta oficina se nos remite a la página web para saber las coberturas (exclusiones, cuadro médico). Solicitamos presupuesto y nosdicen que no nos lo pueden dar ya que los precios para el 2009 son distintos al 2008, y que solo lo podemos ver por Internet.

Sí facilitan una tabla de tarifas de 2008 para hacernos una idea. Preguntamos igualmente por la póliza dental y nos dice que eso se puede contratar de dos formas:
1. como póliza independiente
2. como suplemento de póliza

Valoración comparativa
Si comparamos los precios con el mismo producto (incluyendo la póliza dental) vemos como se incrementa el precio en la oficina de Sánitas (al incluir el precio de suplemento dental).

CAJASOL.MEDIADOR CASER
Seguro de Automóvil.

En la entidad financiera
En esta sucursal solicitamos un seguro de automóvil, pero no nos lo dan porque hay que ser cliente de la caja de ahorros, situación ésta que queremos subrayar.

Valoración comparativa
El presupuesto que nos dan si hacemos una comparación de precios con las mismas coberturas, es más económico en la entidad financiera, siendo la misma compañía aseguradora la que te presta el servicio.

CAJA DE MADRID. Agente de Mapfre
Seguro de Vida

Seguro de vida para persona de 29 de años.

En la entidad financiera
Se solicita seguro de vida tradicional sobre el que se entrega simulación por escrito. En dicho seguro de vida no está cubierta la incapacidad absoluta permanente ni gran invalidez, por ello nos sacan un presupuesto de un seguro nexo de accidente para completar las carencias del seguro de vida, (siendo la cobertura del seguro de vida inferior a la de accidente) pero se incide en la contratación de un seguro estructurado (Inver18) sobre el cual no se entrega simulación alguna por escrito, simplemente unos datos apuntados en el reverso de la tarjeta de contacto del comercial y remarcando la urgencia de contratación en ese mismo día o el lunes 15 de diciembre (debido a que este día acaba la emisión de los bonos de ese producto).

Teniendo en cuenta el perfil socioeconómico de la población del Distrito, los productos "recomendados" o en los que se ha hecho hincapié por los comerciales, creemos que no se ajustan a las necesidades de los potenciales clientes.

En la aseguradora
Nos dirigimos a la aseguradora MAPFRE para informarnos sobre el seguro de vida con las mismas caracteristicas que se ha pedido en Madrid.

En dicha oficina nos piden menos datos que en caja Madrid, pero a su vez el presupuesto es de un seguro de vida, sin intentarnos vender otro producto, e incluso aconsejándonos un seguro de vida mejor que el del accidente. La cobertura eso si nos aconsejan incrementarla de 100,000 a 150,000 la información del presupuesto es mucho más completa ofreciéndonos incluso datos fiscales.

Si comparamos precios el de Caja Madrid es más costos al llevar un seguro nexo.

CONCLUSIONES

Sorprendentemente las pólizas son mucho más baratas cuando se adquieren en entidad financiera que cuando se contratan con la entidad aseguradora directamente. Ello puede afectar al consumidor porque desvirtúa la oferta y le obliga a contratar ante personal no especializado en muchos casos si lo que busca es el mejor precio.

Este doble cauce además genera muchísima información desvirtuada, contradictoria y que confunde al consumidor a la hora de conocer su seguro y las coberturas de éste.

Las entidades financieras en ocasiones aprovechan para colocar otros productos anexos al seguro, que no siempre están directamente relacionados con los intereses del consumidor, algo que puede considerarse como una mala práctica.

Las aseguradoras tradicionales se apuntan a la moda de internet. ¿Ventajas para el consumidor?

Las compañías aseguradoras que tradicionalmente comercializan sus seguros por los canales convencionales (a través de mediadores) han desarrollado su negocio a través de internet para no perderse la posiblidad de vender un seguro a cualquiera que se deje.

Por ello es necesario un análisis de las principales prácticas que merman los derechos del consumidor para poder hacer frente a los abusos que las nuevas posibilidades tecnológicas permiten a las aseguradoras.

Las compañías utilizan internet como una forma más de acercarse a los clientes, mostrando sus productos y dándoles la oportunidad de contratarlos, pero no todo termina ahí, puesto que la solicitud de datos personales para acceder a la información y el desconocimiento de los derechos de contratación a distancia dejan al consumidor en una posición indefensa.

Objetivos del estudio: Detectar en las páginas web de compañías aseguradoras que operan en internet los elementos o características que se destacan y que merman los derechos de los consumidores en la contratación a distancia.

Informar al consumidor, tras un análisis de la información que presentan en la web, las deficiencias a la hora de contratar el seguro.

Metodología: El equipo de investigación analizó las web de las prinicipales compañías que desarrollan el negocio a través de internet, descubriendo la totalidad de la página web y dando respuesta a las siguientes cuestiones:

- Acceso a la identificación de la compañía
- ¿Se informa sobre las condiciones del seguro?
- Solicitud de información personal a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto
- ¿Conocemos los derechos en la contratación a distancia?
- ¿Informa sobre el derecho a reclamar?
- ¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?
- Otras características de interés
- ¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

Ámbito de análisis: Páginas web más visitadas que permiten la contratación de seguros a distancia.

Compañías aseguradoras analizadas:

Mapfre
Pelayo
Caser
Allianz
Sanitas
Mutua Madrileña
DKV

Análisis de las Compañías Aseguradoras

	COMPAÑÍA: MAPFRE	COMPAÑÍA: PELAYO
Identificación de la compañía:	A través de un enlace inferior presentado en letra grisácea y de pequeño tamaño podemos acceder a los datos identificativos de la compañía aseguradora.	Sí
¿Se informa sobre las condiciones del seguro?	Las condiciones del seguro no aparecen en la web y si queremos solicitarlas deberemos quedar registrados enviando previamente todos nuestros datos personales.	No, solamente podemos acceder a las condiciones generales de los seguros que no tienen la opción de contratación a distancia. Los seguros que podemos contratar a través de internet (hogar y automóvil) no tienen accesibles las condiciones.
Solicitud de información personal a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto	No, pero nos preguntan si tenemos la póliza en otra compañía y si somos titulares de otro seguro de automóvil en Mapfre.	Sí, nos solicitan el DNI para poder recibir el presupuesto.
¿Conocemos los derechos en la contratación a distancia?	No	No
¿Informa sobre el derecho a reclamar?	Sí	Si, pero el acceso a esta información es complejo.
¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?	Sí, pero para solicitar información hemos tenido que aceptar la política de privacidad	No
Otras características de interés	Incluye un diccionario de términos de seguro.Utiliza términos confusos para el consumidor a la hora de realizar la contratación.	Incluye un diccionario de términos de seguro.Por problemas en la web no puede accederse al envío de datos previos a la contratación, lo que se trata de una estrategia para que contactemos con algún comercial.
¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?	Nos facilitan teléfono de contacto y asistencia como una ventaja de la compañía.	No

Análisis de las Compañías Aseguradoras

	COMPAÑÍA: CASER	COMPAÑÍA: ALLIANZ
Identificación de la compañía:	Sí	Podemos acceder mediante un enlace en letra pequeña y color grisáceo
¿Se informa sobre las condiciones del seguro?	Sí, podemos descargarnos las condiciones generales y el folleto publicitario	Sí, podemos descargar las condiciones generales del seguro.
Solicitud de información personal a cambio de datos personales para elaborar el presupuestoo	Sí, nos solicitan datos personales de contacto	Sí
¿Conocemos los derechos en la contratación a distancia?	No podemos acceder a los derechos de contratación	No
¿Informa sobre el derecho a reclamar?	Sí, pero se presenta de forma poco accesible	Sí
¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?	No	Sí, pero para solicitar información no queda más remedio que aceptar la política de privacidad.
Otras características de interés	Son capaces de darnos un proyecto con cuatro datos, y a continuación nos proponen la contratación	Figura un largo listado de normativa aplicable, pero no aparece la ley 22/2007 sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a consumidores.
¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?	No	No

Análisis de las Compañías Aseguradoras

	COMPAÑÍA: SANITAS	COMPAÑÍA: MUTUA MADRILEÑA
Identificación de la compañía:	Podemos acceder mediante un enlace en letra muy pequeña	Podemos acceder a los datos identificativos de la compañía mediante el enlace de aviso legal.
¿Se informa sobre las condiciones del seguro?	Podemos acceder a las condiciones generales del seguro	No
Solicitud de información personal a cambio de datos personales para elaborar el presupuestoo	No	No nos solicitan los datos personales
¿Conocemos los derechos en la contratación a distancia?	No	No
¿Informa sobre el derecho a reclamar?	Sí, pero el acceso a esta información es muy complejo	Sí
¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?	Sí	Sí, mediante el enlace de aviso legal podemos acceder
Otras características de interés	Nos dan consejos de salud, pero no se ofrece información a cerca de los derechos del consumidor. Presentan un área de clientes para poder gestionar el seguro a través de internet	Las ofertas de productos se remarcan y aparecen en gran tamaño, mientras que para acceder a las características del seguro se requiere invertir un tiempo e ir probando por los diferentes apartados.
¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?	Ofrecen información si nos registramos en el área de clientes, lo que supone exponerse a recibir publicidad a cerca de las nuevas ofertas.	No

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: DKV

Identificación de la compañía:	No
¿Se informa sobre las condiciones del seguro?	No, solamente podemos descargarnos un folleto publicitario donde no aparecen límites, exclusiones, etc.
Solicitud de información personal a cambio de datos personales para elaborar el presupuestoo	No podemos acceder al presupuesto ni a las contratación online por lo que no se solicitan datos.
¿Conocemos los derechos en la contratación a distancia?	No
¿Informa sobre el derecho a reclamar?	Sí
¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?	Sí, mediante el enlace política de privacidad podemos acceder a dicha información.
Otras características de interés	No se permite la contratación vía web ni solicitar presupuesto ya que según nos dicen se están cambiando las tarifas, nos direccionan a que contactemos por teléfono.
¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?	No

Compañía	Identificación de la compañía	Condiciones del seguro	Solicitud de datos personales	Información de dchos. Contratación distancia	Servicio de Reclamaciones	Protección de datos	Otros	Ofrecen como ventaja los derechos del consumidor
Mapfre	Aparece en la web de forma poco accesible	No	No, pero nos preguntan en que compañía tenemos el seguro anterior	No	Si, pero de difícil acceso	A través de un enlace en letra muy pequeña	Incluye un diccionario de términos de seguro.Utiliza términos confusos para el consumidor a la hora de realizar la contratación.	Facilidades de contacto y asistencia como una ventaja adicional
Pelayo	Aparece en la web de forma poco accesible	No, solamente podemos acceder a las condiciones de los seguros que no tienen opción de contratación a distancia	Si	No	Si, pero de difícil acceso	A través de un enlace en letra muy pequeña	Incluye un diccionario de términos de seguro.Por problemas en la web no puede accederse al envío de datos previos a la contratación, lo que se trata de una estrategia para que contactemos con algún comercial.	No
Caser	Aparece en la web de forma poco accesible	Si	Si, nos piden todos los datos de contacto	No	Si, pero de difícil acceso	No	Son capaces de darnos un proyecto con cuatro datos, y a continuación nos proponen la contratación	No
Allianz	Aparece en la web de forma poco accesible	Si	Si, es necesario para solicitar el presupuesto	No	Si, pero de difícil acceso	Si	Figura un largo listado de normativa aplicable, pero no aparece la ley 22/2007 sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a consumidores.	No
Sanitas	Aparece en la web de forma poco accesible	Sí	No	No	Si, pero de difícil acceso	Sí	Nos dan consejos de salud, pero no se ofrece información a cerca de los derechos del consumidor. Presentan un área de clientes para poder gestionar el seguro a través de internet	Ofrecen información si nos registramos en el área de clientes, lo que supone exponerse a recibir publicidad a cerca de las nuevas ofertas.
Mutua Madrileña	Aparece en la web de forma poco accesible	No	No	No	Si	A través de un enlace en letra muy pequeña	Las ofertas de productos se remarcan y aparecen en gran tamaño, mientras que para acceder a las características del seguro se requiere invertir un tiempo e ir probando por los diferentes apartados.	
DKV	No	No	No permite solicitar presupuesto ni contratar online por lo que no se piden datos	No	Si, pero de difícil acceso	Sí	No se permite solicitar información	

CONCLUSIONES GENERALES

Frente a las compañías aseguradoras que comercializan sus productos a distancia las compañías tradicionales también se han lanzado a la contratación online ampliando su estrategia de negocio lo que les permite diversificar sus canales de venta. Pero, a pesar de que este medio podría suponer amplias ventajas para el consumidor ya que se permite un mayor acceso a la información, la realidad demuestra que presenta grandes deficiencias.

Información insuficiente

Las características en cuanto a la presentación de los derechos de contratación a distancia y a reclamar son similares a las compañías que exclusivamente operan a distancia, no se informa a cerca de estos elementos y cuando lo hacen se trata de información insuficiente y además se encuentra en lugares poco visibles para el usuario.

Datos personales y contacto telefónico: divino tesoro para las compañías

Por otro lado se solicitan todos los datos personales para poder visualizar el presupuesto de seguro y con frecuencia solamente tras el envio de estos datos tendremos acceso a las condiciones generales del seguro, por tanto se solicitan datos a cambio de información quedando expuestos a recibir llamadas telefónicas, emails y cartas comerciales.

Casi todas las compañías aseguradoras presentan en su página web la posibilidad de calcular el presupuesto a través de un tarificador pero el mismo no está disponible para todos los productos y servicios que se podrían contratar on line. Por lo que se impulsa al consumidor a contactar vía telefónica con un comercial o aproximarse a alguna de las sucursales para conseguir más información a cerca de los precios.

Además se observa que en algunas web como es el caso de Pelayo solamente podemos acceder a las condiciones generales de los seguros que precisamente no tienen la posibilidad de contratación a través de internet. Algo manifiestamente premeditado ya que a las compañías les interesa un contacto personal en determinadas modalidades de seguro.

Valoración

A pesar de la creciente evolución de la web en el sector asegurador, aún se percibe que este medio de contratación esta poco desarrollado ya que la mayoría de productos aseguradores no pueden contratarse y además existen problemas técnicos en las páginas web que por distintas razones bien sean no poder cargar algún dato a la hora de calcular el presupuesto o bien por que la página este en mantenimiento, no permiten conocer el precio del seguro.

Aseguradoras que sólo operan por internet: ¿fiables para el consumidor?

Hace apenas diez años internet era para todo el mundo un gran desconocido, pero la sociedad del consumo en la que nos encontramos, hace que cualquier consumidor conciba como necesario "estar a la última" en todos los productos tecnológicos ofertados en el mercado para evitar ser un "bicho raro" por no poseer un ordenador conectado a la red.

El desarrollo de las empresas en internet, también a afectado al sector asegurador, aunque en la actualidad el negocio de las compañías a través de este medio aún es muy escaso. El 70% de las aseguradoras ingresa menos de un 3% por internet, no obstante la mayoría de compañías prevée duplicar el volumen de negocio en 2010 (según un informe de la consultora Capgemini). Por tanto, las previsiones auguran un futuro esperanzador para esta forma de comercializar los seguros. Además, a ello colaboran las nuevas ofertas tecnológicas, un universo infinito de posibilidades, como son los móviles con acceso a internet y múltiples inventos que se escapan de la imaginación del usuario.

Contratar un seguro por internet puede suponer un ahorro de dinero ya que las tarifas más bajas se aplican normalmente a las pólizas contratadas por este medio. La flexibilidad horaria, la comodidad de contratar y de comparar entre múltiples compañías con poco esfuerzo y sin tener que desplazarse son alguna de las ventajas. El consumidor puede encontrar distintos motivos para decidirse por este tipo de contratación, pero debe tener en cuenta que también existen inconvenientes respecto a la contratación tradicional que debe conocer. A continuación procedemos a desarrollar las principales características de las compañías aseguradoras que operan a través de internet de forma exclusiva.

Objetivos del estudio: Detectar en las páginas web de compañías aseguradoras que operan en internet los elementos o características que se destacan y que merman los derechos de los consumidores en la contratación a distancia. Posteriormente se pretende informar y alertar al consumidor, tras un análisis de la información que presentan en la web, de las deficiencias a la hora de contratar el seguro por medio de este canal.

Metodología: Técnicos de ADICAE analizaron las web de las prinicipales compañías que desarrollan el negocio a través de internet, descubriendo la totalidad de la página web y dando respuesta a las siguientes cuestiones:

- Acceso a la identificación de la compañía
- ¿Se informa sobre las condiciones del seguro?
- Solicitud de información personal a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto
- ¿Conocemos los derechos en la contratación a distancia?
- ¿Informa sobre el derecho a reclamar?
- ¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?
- Otras características de interés
- ¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

Ámbito de análisis: Páginas web más visitadas que permiten la contratación de seguros a distancia.

Compañías aseguradoras analizadas:

Fenix directo
Génesis
Regal
Clickseguros
Balumba
Linea directa
Direct seguros

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: FENIX DIRECTO

Identificación de la compañía:

El acceso a los datos identificativos no resulta muy complejo. Nos aparece directamente en la página principal pero mediante un cuadro de mandos inferior podemos acceder a dicha información.

¿Se informa sobre las condiciones del seguro?

Una vez solicitado el presupuesto tenemos acceso a las condiciones generales y particulares. Pero en un lateral observamos que el condicionado no tiene valor contractual. Es decir que nos permiten consultar las cláusulas del contrato pero posteriormente se reservan el derecho a modificarlas. Lo que supone que estaremos contratando un seguro sin tener acceso a la información general del seguro que posteriormente recibiremos.

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto

A la hora de solicitar el presupuesto nos piden los datos necesarios para el cálculo del precio del seguro. No nos piden datos personales, como son teléfono, domicilio o email. Finalmente nos preguntan si somos titulares de otro seguro en fenix directo o si hemos estado asegurados anteriormente

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia?

Mediante un enlace inferior nos explican la forma de tramitar una reclamación así como del derecho de desestimiento. Mientras que la información comercial y los productos existentes aparecen de forma llamativa, la información relevante a nuestros derechos se muestra en una minúsculo enlace.

¿Informa sobre el derecho a reclamar?

La web nos permite conocer el procedimiento para tramitar una reclamación. Nos muestran los diferentes medios a través de los cuales podemos enviar la reclamación. Pero esta información es de difícil acceso ya que debemos buscar unos minutos hasta que conseguimos entrar en el apartado correcto.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?

Mediante un enlace inferior en letra minúscula podemos acceder al tratamiento de nuestros datos personales. Nos dicen que autorizamos expresamente que nuestros datos sean cedidos con fines comerciales incluso a otras compañías, eso si podremos modificarlos si son erróneos. Pero no nos dan la posibilidad de rechazar que nuestros datos aparezcan en la base de datos.

Otras características de interés

Mientras que la información comercial aparece plasmada de forma llamativa la información referente

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

No

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: LÍNEA DIRECTA

Identificación de la compañía:

Podemos acceder a los datos identificativos de la compañía a través del enlace "aviso legal".

¿Se informa sobre las condiciones del seguro?

La web nos permite acceder a los diferentes productos de la compañía pero no se da información relevante se limitan a enumerar una serie de coberturas sin dar datos económicos, exclusiones, etc. Una vez solicitado el presupuesto podemos acceder a las condiciones generales del seguro pero para ello previamente hemos dado todos nuestros datos personales exponiéndose el usuario a recibir llamadas, emails y cartas. Es decir que para acceder a la información del seguro debemos quedar registrados en la base de datos de la compañía.

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto

Para solicitar el presupuesto nos piden todos los datos personales como son DNI, número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc. Dator irrelevantes a la hora de calcular el presupuesto y que permitirán a la compañía presionar al consumidor y ser objeto de campañas publicitarias a través de los diversos medios teléfono, carta y email.

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia?

No se nos informa del derecho de desestimiento así como tampoco se muestran las instrucciones para ejercerlo como son los siguientes aspectos de interés: dirección a la que tenemos que notificarlo y plazo de tiempo para hacerlo.

¿Informa sobre el derecho a reclamar?

Si accedemos al enlace: "aviso legal", podemos observar la forma de tramitación de reclamaciones. Nos dan las direcciones tanto del departamento de atención al cliente como del Defensor del Asegurado. Pero para acceder a esta información debemos clickar en un enlace que aparece en letra minúscula y grisacea.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?

Podemos acceder al tratamiento de nuestros datos pero a través de un enlace en letra muy pequeña y gris. Por lo que es de difícil acceso.

Otras características de interés

La página web se dirige fundamentalmente a recoger nuestros datos ya que la información es muy escasa y en todo momento nos piden el número de teléfono para mantener un contacto personal.

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

Nos dicen como característica del servicio que es TRANSPARENTE. Que podemos acceder a las coberturas y al precio desde el principio. Algo reconocido por la legislación pero que si profundizamos nos damos cuenta que para acceder a esta información debemos de dar todos nuestros datos personales.

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: CLICKSEGUROS

Identificación de la compañía:

A través del enlace "Información legal" que aparce en la parte inferior de la página principal podemos acceder a los datos identificativos de la compañía.

¿Se informa sobre las condiciones del seguro?

La web permite al consumidor a acceder a las condiciones generales del seguro.

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto

No nos piden los datos personales a la hora de determinar el precio del seguro.

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia?

No se nos informa de los derechos del consumidor como son desestimiento, ni de la duración mínima, etc.

¿Informa sobre el derecho a reclamar?

No se informa de la forma de realizar una reclamación. En esta web ni siquiera aparece la dirección física del departamento de atención al cliente para presentar la queja ni el tiempo de tramitación, etc.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?

Nos informan del tratamiento de datos y como rectificarlos o cancelarlos. También nos informan de la utilización de cookies, es decir puede controlar a la información, publicidad a la que accedemos.

Otras características de interés

La web utiliza medias audiovisuales para atraer nuestra atención, utiliza videos explicativos, tiene un área restringida para clientes y un diccionario. Pero no informa de aspectos generales como son los derechos del consumidor y la forma de reclamar. Por tanto la compañía utiliza sus recursos para captar clientes mediante el diseño de la página pero la información a la que se puede acceder es escasa.

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

Ofrecen transparencia, información y atención al cliente disponible en todo momento. Elementos obligatorios en la ley sobre comercialización de servicios financieros a distancia.

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: BALUMBA

Identificación de la compañía:

A través del enlace "privacidad" podemos acceder a lo datos identificativos de la compañía.

¿Se informa sobre las condiciones del seguro?

Sólo se muestra información comercial sin dar datos económicos, coberturas y exclusiones. Para acceder a las condiciones del seguro debemos dar todos los datos personales como son teléfono, dirección y correo electrónico.

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto

Nos piden todos los datos personales para solicitar información, datos que no son relevantes para el cálculo del presupuesto.

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia?

Se informa de los derechos de contratación a distancia, pero para acceder a esta información se requiere un tiempo ya que no se encuentra fácilmente.

¿Informa sobre el derecho a reclamar?

Se informa del derecho a reclamar así como los pasos que se deben seguir. Incluyendo una hoja de reclamaciones para facilitar la tramitación. Pero el acceso a esta información no esta muy claro y hay que perder un tiempo para dar con ello.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?

Nos informan del tratamiento de los datos personales y que pasaremos a formar parte de un registro así como que serán compartidos con otras compañías.

Otras características de interés

Se piden los datos personales para acceder a la información y presupuestos. Nuestros datos pasan a un registro lo que supone recibir publicidad.

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

No

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: GÉNESIS

Identificación de la compañía: Mediante el enlace "aviso legal" podemos acceder a un cuadro donde aparecen recogidos los datos identificativos de la compañía.

¿Se informa sobre las condiciones del seguro? No nos dan las condiciones del seguro y a la hora de calcular el presupuesto la web no nos permite incorporar los dato en determinados campos por lo que no podemos acceder a las condiciones del seguro.

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto No nos piden los datos personales para calcular el presupuesto, pero no nos permiten rellenar todos los campos para solicitar el presupuesto por lo que no tenemos acceso a la información relevante.

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia? No nos informan del derecho de desestimiento ni de las condiciones del contrato. No tenemos acceso a esta información.

¿Informa sobre el derecho a reclamar? En el enlace de aviso legal, nos muestran la dirección a la que podemos dirigir las reclamaciones pero el acceso a esta información no aparece fácilmente.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos? En el mismo enlace de aviso legal aparece la información relevante al tratamiento de los datos personales.

Otras características de interés La web destaca por su diseño, pero la información aportada es muy escasa.

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor? Nos facilitan a través del área de clientes la solicitud de un duplicado del seguro.

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: REGAL

Identificación de la compañía:

Mediante el enlace "aviso legal" podemos acceder a un cuadro donde aparecen recogidos los datos identificativos de la compañía.

¿Se informa sobre las condiciones del seguro?

Las condiciones generales no aparecen en la web.

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto

Para solicitar el presupuesto no se nos piden datos personales de contacto pero no se permite rellenar todos los campos de la solicitud por lo que no podemos obtener la información.

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia?

Si que aparecen en la web pero en un enlace inferior que no esta a la vista del usuario.

¿Informa sobre el derecho a reclamar?

Se informa del derecho a reclamar pero también se encuentra situado en un enlace inferior de difícil acceso.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?

Se informa en un apartado inferior que no se encuentra a la vista.

Otras características de interés

La web no informa de las características del producto de forma concreta (exclusiones, capitales máximos, etc.) y no podemos acceder al presupuesto ya que no se permite rellenar todos los campos. Se nos plantea la posibilidad de que se trate de una estrategia para que el consumidor interesado llame por teléfono para solicitar información.

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

No

Análisis de las Compañías Aseguradoras

COMPAÑÍA: GÉNESIS

Identificación de la compañía:

Mediante el enlace "aviso legal" podemos acceder a los datos identificativos de la compañía. Este enlace se encuentra situado en letra más pequeña que el resto de caracteres y en la parte inferior de la página.los datos identificativos de la compañía.

¿Se informa sobre las condiciones del seguro?

Podemos acceder a las condiciones generales del seguro a través de la web

Información a cambio de datos personales para elaborar el presupuesto

Para solicitar el presupuesto no se piden datos personales de contacto.

¿Nos dan a conocer los derechos en la contratación a distancia?

No se informa de los derechos de contratación a distancia

¿Informa sobre el derecho a reclamar?

Si, pero el acceso a la información es muy costoso.

¿Nos avisan del tratamiento de nuestros datos?

Se informa en un apartado inferior que no se encuentra a la vista.
datos personales.

Otras características de interés

Se ofrecen promociones por la contratación vía web mediante descuentos y servicios adicionales

¿Nos ofrecen como ventajas comerciales derechos reconocidos en la normativa del consumidor?

Se promete calidad de los servicios

Compañía	Identificación de la compañía	Condiciones del seguro	Solicitud de datos personales	Información de dchos. Contratación distancia	Servicio de Reclamaciones	Protección de datos	Otros	Ofrecen como ventaja los derechos del consumidor
Fenix Directo	Aparece en la web de forma poco accesible	Una vez solicitado el presupuesto podemos acceder a las condiciones, pero sin valor contractual	No nos piden los datos personales	Si, pero en una pestaña inferior	Si, pero de difícil acceso	A través de un enlace en letra muy pequeña	La información comercial aparece de forma llamativa, los derechos de forma poco accesible	No
Línea Directa	Aparece en la web de forma poco accesible	Debemos previamente dar todos los datos pesonales	Si, nos piden todos los datos personales	No se informa de derecho de desestimiento, duración contractual mínima, etc.	Enlace muy pequeño y en letra gris	A través de un enlace en letra muy pequeña	Se dirige a recoger nuestros datos de contacto.	Remarcan como característica: TRANSPARENCIA. Que podemos acceder a las coberturas y al precio desde el principio.
Clickseguros	Aparece en la web de forma poco accesible	Podemos acceder a las condiciones generales sin solicitar presupuesto o dar nuestros datos	No nos piden los datos personales para elaborar el presupuesto	No	No aparece la dirección física del servicio de atención al cliente, ni la forma de tramitación ni plazos de tiempo.	Si, pero a través de un enlace en letra muy pequeña	Tiene un diccionario de términos y medios audiovisuales. Web muy moderna pero que no informa de los derechos del consumidor	Ofrece: transparencia, información y atención al cliente en todo momento. Algo obligatorio por ley que se ofrece como característica.
Balumba	Aparece en la web de forma poco accesible	Se muestra información comercial y para acceder a las condiciones del seguro debemos dar nuestros datos personales	Si, nos piden datos innecesarios para el cálculo del presupuesto	Si pero el acceso a esta información no es sencillo	Si, pero no es facil acceder a esta información	Si, pero a través de un enlace en letra muy pequeña	Podemos recuperar el presupuesto que hemos solicitado	No
Génesis	Aparece en la web de forma poco accesible	No nos informan de las condiciones, y no se permite solicitar presupuesto	No nos piden datos de contacto pero debemos contactar con la compañía para solicitar información	No informan de los derechos de contratación a distancia	Facilitan el envio de reclamaciones pero no es de fácil acceso	Si, pero a través de un enlace en letra pequeña	Información escasa e incompleta	
Regal	Aparece en la web de forma poco accesible	No nos informan de las condiciones	No se permite solicitar información por la web, debemos llamar por teléfono y dar nuestros datos	Se informa pero el acceso es complejo	Si, pero no es facil acceder	Si, pero a través de un enlace en letra muy pequeña	La web no informa de las caracterísiticas del producto.	No
Directseguros	Aparece en la web de forma poco accesible	Se puede acceder a las condiciones generales	No se piden datos personales de contacto a la hora de solicitar el presupuesto	No se informa de los derechos de contratación a distancia	Si, pero el acceso es muy complejo	Si, pero a través de un enlace en letra muy pequeña	Se ofrecen promociones por la contratación vía web mediante descuentos y servicios adicionales	Se promete calidad de los servicios

CONCLUSIONES GENERALES

La contratación de un seguro a distancia, es decir, cuando entre la aseguradora y el consumidor se celebra un contrato utilizando únicamente una técnica de comunicación a distancia (internet), exige que se cumplan una serie de requisitos establecidos en la normativa con el objeto de dar protección a los consumidores de servicios financieros. Después de analizar las compañías más importantes que operan en internet queda constatado que no se cumplen estos requisitos.

Dificultad para encontrar datos de la compañía en su propia web

En primer lugar es necesaria una adecuada identificación de la compañía, determinando su actividad así como la dirección física. Pero, aunque todas las páginas web de las compañías presentan sus datos identificativos, estos se encuentran en lugares poco accesibles, asimismo se presentan en letra pequeña y de color grisáceo que dificulta su lectura. Por tanto el consumidor no puede conocer estos datos ya que no los encuentra con facilidad.

Información incompleta

Por otro lado las compañías deberían presentar las cláusulas contractuales de forma previa a la contratación, pero en la realidad la mayoría de compañías no tienen disponibles para descargar las condiciones generales del seguro, dejando al consumidor desinformado respecto al producto. La única información que reflejan es comercial e incompleta y además no aparecen capitales máximos, coberturas y supuestos exentos lo que no permite acceder a las características del producto al consumidor.

De nuevo nos piden datos personales

Las compañías solicitan datos de contacto al consumidor para suministrar información del producto, como son el precio y el resto de características, siendo necesario el envío previo de estos. Además el acceso al condicionado del seguro solo se permite una vez introducidos todos los datos y aceptada la política de privacidad. Incluso en algunas web no se permite rellenar todos los campos para solicitar el presupuesto por lo que el consumidor no tiene más remedio que llamar al número de teléfono para pedir información.

Aunque todas las compañías incluyen la "política de privacidad" (referida a la custodia y no cesión de datos salvo aceptación del consumidor) respecto a los datos personales y, en todo caso, el consumidor tiene derecho al acceso, rectificación, oposición y cancelación de estos datos; lo cierto, es que gracias a este sistema de requerir primero los datos e informar posteriormente, generan un futura posibilidad de negocio. Con el envío de los datos, el usuario autoriza (muchas veces sin saberlo) el envío de información sobre productos y servicios de la compañía. No hay ninguna posibilidad de evitar que los datos vayan a parar al registro de la compañía para que esta los utilice con fines comerciales, aunque sea una opción que, legalmente deberían ofrecer las compañías. Por tanto lemas como: "Solicite información sin compromiso" son irreales ya que las compañías ejercen presión al consumidor mediante llamadas telefónicas para que contrate el seguro inmediatamente.

Ni rastro del derecho de desistimiento

ADICAE ha constatado que la mitad de las páginas web analizadas no presentan los derechos de contratación a distancia o que esta información es poco accesible para el consumidor, quedando indefenso éste al no recibir toda la información necesaria. Por tanto la figura del derecho de desestimiento, en cuya virtud el cliente puede rescindir el contrato firmado en un plazo de 14 días sin argumentar más que su voluntad de hacerlo y sin penalización alguna, se trata de un elemento desconocido para el consumidor por lo que no podrá ejercitarlo. Desde ADICAE se demanda el correcto cumplimiento de la normativa, con el objeto de proteger y favorecer los intereses del consumidor.

El laberinto del servicio de reclamaciones de la compañía

Por otro lado la información referente al servicio de reclamaciones es de difícil acceso y en otras ocasiones no aparece reflejada. Generalmente se facilita un apartado para realizar consultas mediante el envío de un mensaje, pero ni siquiera se da la posibilidad de conocer la dirección de correo electrónico a donde estamos enviando nuestras dudas. Por tanto si el consumidor quiere realizar una reclamación no conocerá los elementos formales, ni plazos de tiempo. Para facilitar esto las asociaciones de consumidores como ADICAE estan legitimadas para formalizar reclamaciones en este ámbito.

Las páginas web concentran sus recursos en captar la atención del consumidor con escasos contenidos, presentando características de los productos ofrecidos sin dar detalles, ni valores económicos. Y además se ofrece transparencia, información y atención al cliente algo que es de obligado cumplimento por todas las compañías, presentando así como una ventaja adicional elementos que son obligatorios por ley.

SEGUNDA PARTE

LA PUBLICIDAD

Estructura del Estudio de Publicidad en Seguros

La publicidad es un elemento persuasivo con un profundo impacto en la sociedad actual. Por tanto, se trata de una herramienta poderosa en manos de las grandes compañías aseguradoras que pervierten su espíritu de informar y tratan de influir al consumidor hacia su principal finalidad, la maximización de beneficios a cualquier precio. Esto unido a la proliferación de los seguros concebidos hoy día como un componente cotidiano de las familias hace necesaria una visión crítica.

El estudio realizado por el equipo técnico de ADICAE ha tratado de detectar las principales malas prácticas que con frecuencia ejecutan las compañías aseguradoras bien por omisión o bien por reflejar características inexactas.

De ahí que este estudio se centre en los algunos de los principales canales de publicidad en los que las compañías aseguradoras publicitan sus productos (folletos publicitarios, prensa escrita e internet). El análisis de publicidad televisiva no merece un reflejo en esta publicación, puesto que después de un análisis por ADICAE de ésta la conclusión general de la práctica mayoría de estos anuncios es que este medio se utiliza no para publicitar productos concretos, sino para dar conocimiento a la opinión pública de su imagen corporativa.

INDICE

I. PUBLICIDAD EN FOLLETOS

A) ANÁLISIS
B) VALORACIÓN

II. PUBLICIDAD EN INTERNET

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

III. PUBLICIDAD EN PRENSA ESCRITA

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

I. PUBLICIDAD EN FOLLETOS

A) ANÁLISIS

Objetivos del análisis:

- Detectar en la publicidad de compañías aseguradoras los elementos o características que se destacan en sus productos y las que se ocultan o eluden.

- Informar al consumidor, tras un análisis comparativo de la publicidad del producto y de sus condiciones reales, de los peligros de informarse sólo con publicidad y de las consecuencias que puede tener.

- Poner de manifiesto las irregularidades existentes en la publicidad de las compañías, de los controles inexistentes por parte de los organismos públicos competentes en materia de seguros y la necesidad de estos controles, vistos los problemas anteriormente expuestos.

Metodología:

Se recopilaron folletos publicitarios en visitas a sucursales de compañías aseguradoras, en dos tandas de visitas. Una identificándonos como técnicos de ADICAE y una segunda pidiendo información concreta sobre un tipo de seguro, en la que también nos dieron publicidad.

Ámbito de estudio:

50 compañías aseguradoras de 11 ciudades del territorio español

Fecha de recogida de información:

Del 1 de marzo a 11 de noviembre de 2008.

Número de folletos publicitarios analizados:

574 folletos.

Conclusiones del análisis de la publicidad:

Características más habituales que practican las compañías a la hora de promocionar sus productos. Por tanto, se trata de plasmar los abusos más frecuentes que dificultan al consumidor hacerse una idea verídica y completa del seguro.

Listado de Compañías Aseguradoras cuya publicidad ha sido objeto de verificación

Asisa:	Accidentes; Hospitalización
Allianz:	Plan individual de ahorro sistemático
Axawinterthur:	Accumulator
Bankinter:	Planes de pensiones
Barclays:	Plan de Pensiones
BBVA:	Planes BBVA Protección
Caja España:	Planes de Pensiones
Caja Madrid:	Planes de Pensiones
Cajalon:	Planes de Pensiones
Catalana Occidente:	Seguro de Automovil Millenium
DKV:	DKV dentisalud; Mundisalud
Estrella:	Vida renta; Repatriación
Fiatc:	Seguro retirada del permiso de conducir;
Medifiatc	
Groupama:	PPA
Helvetia:	Accidentes individual; Helvetia comercio
La Caixa:	Seguros para la vivienda;
	Depósito Opción 7
Mapfre:	Mapfre Caja Salud Familiar;
	Universal Decesos
Mutua Gral de Seguros:	Multiauto selección
Nortehispania:	Decesos
Patriahispana:	Automóviles
Santa Lucía:	Mi primer ahorro;
	Seguro Combinado de Hogar;
	Combinado del Cazador;
	Seguro asistencia familiar plus;
	Vital seguro accidentes para amas de casa;
	Maxiplan Jubilación
Santander:	Seguro hogar red, Divide y venceras;
	Planes de Pensiones
Ocaso:	Comunidades 24
Pelayo:	Póliza sin
Vidacaixa:	Salud Familiar
Zurich:	Lunas

ENTIDAD: SANTALUCÍA

PRODUCTO: MI PRIMER AHORRO

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Es un producto de ahorro-inversión para el futuro de los hijos.
- Posibilidad de hacer efectivo el valor acumulado una vez transcurridos dos años desde el comienzo del seguro
- Posibilidad de hacer aportaciones extraordinarias
- Participaciones en beneficios
- Posibilidad de suspender las aportaciones y retomarlas desde donde las dejaste.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- El rescate total del seguro se efectuará conforme al cuadro de valores incluido en la póliza.
- Las aportaciones extraordinarias no podrán ser inferiores a la prima periódica y con un mínimo de 150 euros.
- Las participaciones en beneficios serán proporcionales a la provisión matemática, en el 90% de los beneficios netos producidos al año por la inversión de las provisiones matemáticas de balance de los seguros de vida individual con derecho a participación y que tengan el mismo interés técnico grarantizado que esta modalidad.
- En caso de fallecimiento del menor antes de la fecha de terminación del seguro, se abonará todas las primas satisfechas sin intereses. Este reembolso, no incluirá los impuestos y recargos repercutibles que hayan gravado las primas abonadas.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

La información que se ofrece es únicamente comercial, sin que genere en el consumidor ningún conocimiento eficaz del producto que contrata. Sirva de ejemplo:

- *"Un seguro que te ofrece un interés garantizado de principio a fin"; "Con total garantía y máxima liquidez*"; ¿Pero cuál es el tipo de interés que nos garantizan? En la publicidad este dato de gran importancia no aparece por ningún lado, no nos informan de que rendimiento se trata ni siquiera a modo orientativo. Por tanto debemos remitirnos a las condiciones generales del contrato para conocer la rentabilidad.

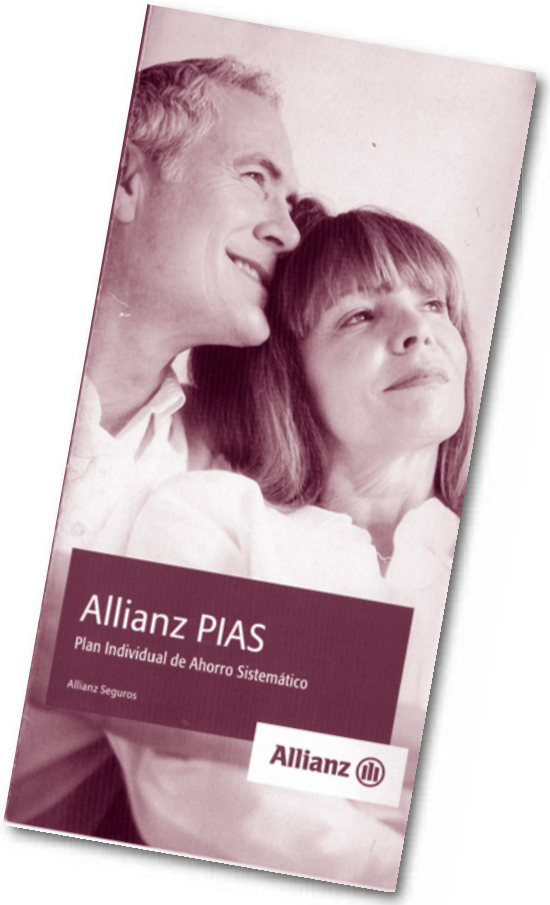
- Además, son continuas las alusiones a la posibilidad de obtener una rentabilidad garantizada desde el primer momento sin tener en cuenta que para sacar el dinero ingresado de forma anticipada debemos esperar al menos dos años.

- *"Podrás realizar las aportaciones extraordinarias que desees (...) Así de fácil. Así de rentable. Así de seguro."; "Flexibilidad en las aportaciones"; "Podrás realizar las aportaciones de la forma más cómoda y sencilla para ti."* La realidad es distinta, ya que las aportaciones extraordinarias deben cumplir una serie de requisitos, por tanto la flexibilidad que nos están ofreciendo esta limitada.

- Nos comentan la existencia de participación en los beneficios pero en la publicidad no se indica cómo se calculan estas participaciones y si nos remitimos al contrato la explicación de estas condiciones resultan farragosas y poco claras para el cliente. No son de fácil comprensión y pueden inducir a error.

ENTIDAD: ALLIANZ

PRODUCTO: PLAN INDIVIDUAL DE AHORRO SISTEMÁTICO



LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Producto novedoso, rentable y seguro.
- Rentabilidad garantizada con un tipo de interés técnico mínimo durante todo el contrato.
- Liquidez a partir de la primera anualidad.
- Nos aportan un ejemplo numérico para que nos hagamos una idea de sus beneficios.
- Atractivos fiscales si se decide constituir una renta vitalicia.
- Límite anual legal máximo de aportación de 8.000 euros

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- En el folleto, aparece en un recuadro de color azul en letras llamativas: "*Desde el primer momento obtendrá rendimiento para su dinero*" lo que puede inducir a confusión, ya que la penalización durante el primer año de la póliza es muy elevada puesto que el valor de rescate será del 97% del saldo acumulado.
- Frente a la iliquidez de los planes de pensiones los PIAS permiten rescatar el ahorro en cualquier momento. No obstante, si se rescatan antes de que hayan transcurrido diez años desde su contratación, el titular perderá la ventaja fiscal del producto.
- A diferencia de los planes de pensiones y planes de previsión, las aportaciones no gozan de beneficios fiscales.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Además, se oferta un tipo de interés técnico mínimo para toda la duración del contrato y cada año en función de la coyuntura nos ofrecen uno nuevo. De esta forma nos beneficiamos cuando los tipos de interés están altos y nos protegemos cuando están bajos. ¿Pero cuál es este tipo de interés del que hablan? En la publicidad no nos aparece ni si quiera de forma aproximada.

- Tratan de atraernos con reclamos publicitarios centrándose en las interesantes ventajas fiscales: "No tributará por el rendimiento generado por su dinero mientras el resto de productos financieros tributan por el 18%". Pero es necesario saber que si se rescata el capital antes de que hayan transcurrido diez años desde su contratación, el titular perderá la ventaja fiscal del producto.

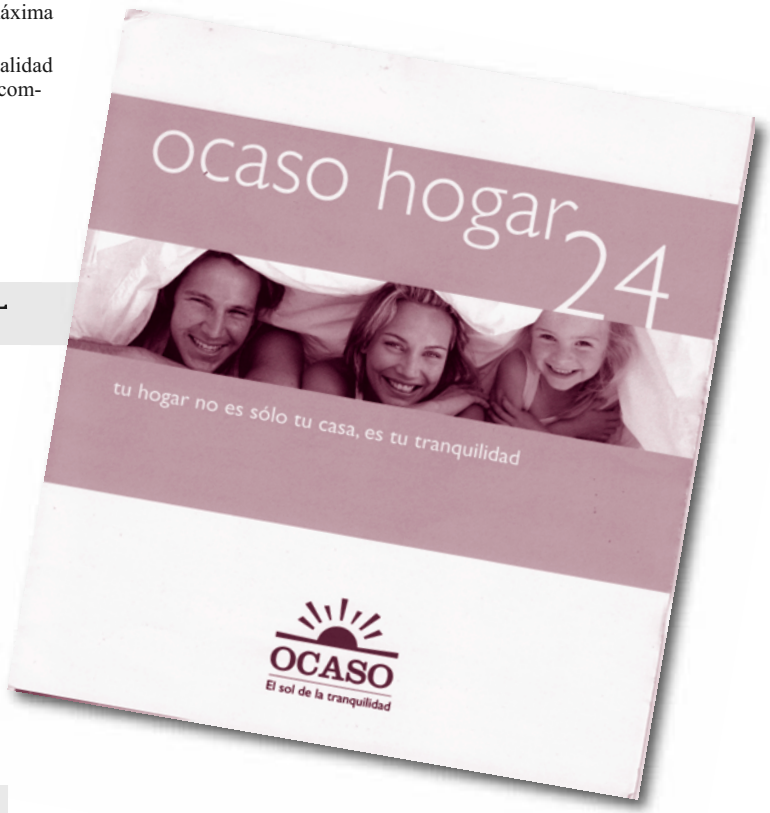
- Nos dice: "*límite anual máximo de 8000 euros para todos los PIAS*" lo que puede inducir a error porque únicamente puede contratarse un plan individual de ahorro sistemático por contribuyente. Esta frase parece mostrarnos que el límite de nuestras aportaciones a los diversos PIAS que podemos tener contratados es de 8000 euros, siendo falso ya que sólo podemos contratar uno.

ENTIDAD: OCASO

PRODUCTO: COMUNIDADES 24

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Seguro para comunidades que nos da la máxima protección y soluciones inmediatas.
- Enumera las coberturas que ofrece la modalidad básica a la que podemos añadir garantías complementarias opcionales.



LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No nos informa de ningún tipo de dato económico.
- No aparecen supuestos excluidos ni límites de capital asegurado
- El folleto nos dice: " *Y se ocupa de proporcionar solución inmediata a los problemas con su Asistencia 24, un servicio que nunca descansa. OCASO COMUNIDADES se lo garantiza, 24 horas al día, 365 días al año*". Pero si nos damos cuenta se trata de una garantía complementaria que podemos contratar a parte.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Según la Ley General de Publicidad el nombre comercial del producto debe estar en clara relación con tipo de contrato de seguro. En este caso Comunidades 24 nos induce a pensar que se trata de un seguro que nos da un servicio 24 horas en caso de siniestro. Pero en las condiciones del contrato podemos observar que se trata de una garantía opcional que podemos contratar adicionalmente.

- Se trata de una información incompleta y que no aporta conocimiento de las características del producto.

ENTIDAD: VIDACAIXA

PRODUCTO: SALUD FAMILIAR

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Nos presentan un nuevo seguro que permite seguir acudiendo a tu médico especialista aunque no este dentro del cuadro médico de la compañía.
- Posibilidad de elegir entre más de 30.000 médicos y 300 clínicas en España.
- Muestran las coberturas disponibles.
- Promoción del 10% de descuento por contratar antes del 30-4-2008 durante el primer año.
- Además nos muestran un ejemplo orientativo de prima.

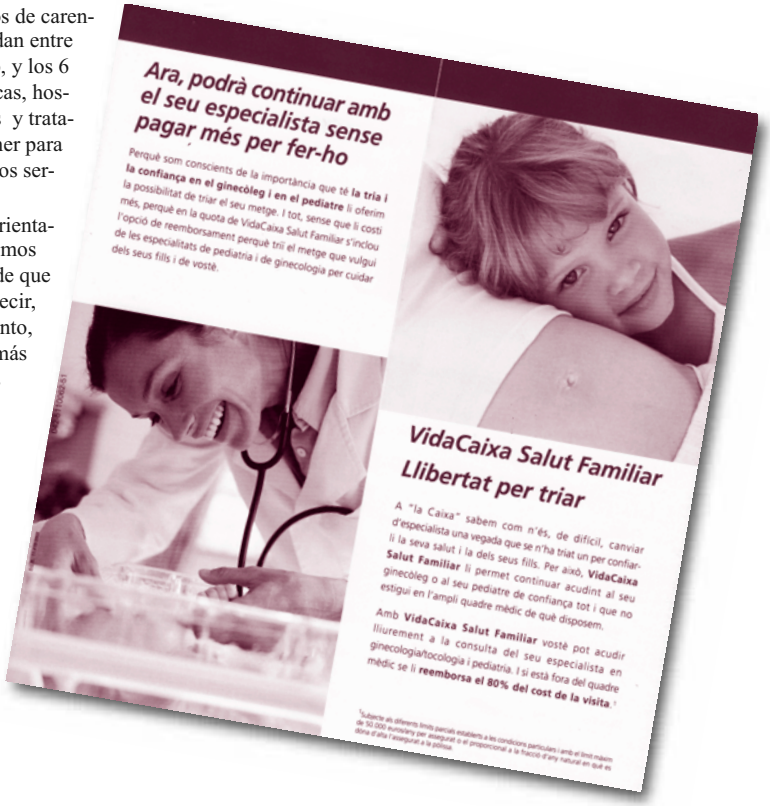
LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No muestra las modalidades de seguros que existen. Simplemente nos enumera las coberturas que podemos contratar.
- Tampoco nos hablan de los periodos de carencia existentes que en este caso rondan entre los 10 meses para embarazo y parto, y los 6 meses para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y tratamientos especiales. Pudiendo suponer para le cliente que no queden cubiertos los servicios por los que esta pagando.
- Además, nos incluyen un ejemplo orientativo de la prima mensual pero si leemos la letra pequeña nos damos cuenta de que se trata del mejor de los casos. Es decir, una vez realizado el 10% de descuento, para una mujer joven y sana, y además el importe de la prima mensual más bajas del año.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Nos da una información muy general de los servicios que oferta lo que puede inducir a error al consumidor.
- No aparecen datos económicos y el único dato que nos presentan tiene unas condiciones excepcionales para que se cubra dicho presupuesto.
- *"Ahora podrá seguir con su especialista sin pagar más por ello". "VidaCaixa Salud Familiar Libertad para elegir".*

- Con estas afirmaciones nos presentan un nuevo seguro que permite seguir acudiendo a "tu médico especialista" aunque no este dentro del cuadro médico de la compañía. Mientras que si leemos el contrato, nos damos cuenta de que la posibilidad de elegir especialista que no pertenece a su cuadro médico, es realmente una de las modalidades de contrato que existe. Ya que en otra de las modalidades: Cuadro médico con copagos, hay que pagar por parte del servicio de los médicos y no nos dan la posibilidad de elegir un médico externo y en la última de las modalidad: Familiar, tampoco nos dejan la posibilidad de acudir a otro médico que esté fuera del cuadro.



Ara, podrà continuar amb el seu especialista sense pagar més per fer-ho

Perquè som conscients de la importància que té **la tria i la confiança en el ginecòleg i en el pediatre** li oferim la possibilitat de triar el seu metge. I tot, sense que li costi més, perquè en la quota de VidaCaixa Salut Familiar s'inclou l'opció de reemborsament perquè triï el metge que vulgui de les especialitats de pediatria i de ginecologia per cuidar dels seus fills i de vostè.

VidaCaixa Salut Familiar
Llibertat per triar

A "la Caixa" sabem com n'és, de difícil, canviar d'especialista una vegada que se n'ha triat un per confiar-li la seva salut i la dels seus fills. Per això, **VidaCaixa Salut Familiar** li permet continuar acudint al seu ginecòleg o al seu pediatre de confiança tot i que no estigui en l'ampli quadre mèdic de què disposem.

Amb **VidaCaixa Salut Familiar** vostè pot acudir lliurement a la consulta del seu especialista en ginecologia/tocologia i pediatria. I si està fora del quadre mèdic se li **reemborsa el 80% del cost de la visita**.[1]

[1] Subjecte als diferents límits parcials establerts a les condicions particulars i amb el límit màxim de 50.000 euros/any per assegurat o el proporcional a la fracció d'any natural en que es dona d'alta l'assegurat a la pòlissa.

ENTIDAD: SANTALUCIA

PRODUCTO: SEGURO COMBINADO DE HOGAR

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Garantizada la reparación rápida y efectiva de emergencias en el hogar
- Asistencia 24 horas
- Amplias coberturas

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No nos dicen nada de supuestos excluidos ni de capitales máximos a indemnizar.
- A efectos de la tasación se amplían las garantías de la póliza a la diferencia existente entre el valor real de los bienes asegurados en el momento del siniestro y su valor en estado de nuevo, siempre que dicha diferencia no exceda del 30% del valor de nuevo y que la suma asegurada corresponda al valor de reposición o reconstrucción de los bienes afectados por el siniestro
- No procederá la reposición o reconstrucción de los bienes dañados por otros nuevos, cuando la depreciación por antigüedad, uso u obsolencia de los mismos, sea superior al 30% de su valor de nuevo.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Presenta una información muy genérica del producto, con pocas explicaciones de las coberturas que ofrece el producto y sin datos económicos.

ENTIDAD: DKV

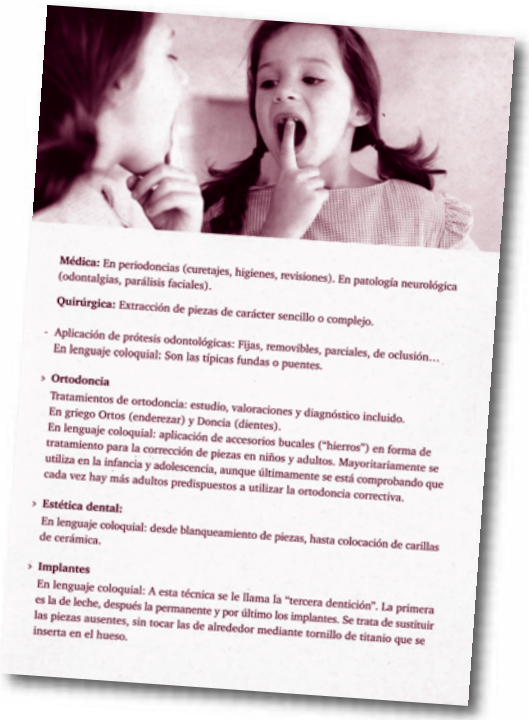
PRODUCTO: DKV DENTISALUD

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Coberturas básicas (medios propios)
- Coberturas opcionales (medios ajenos)
- Red de odontólogos
- Franquicias

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No cubren la asistencia sanitaria en lesiones por agresión, riña, intento de suicidio, etc...
- Tampoco, cubren, la asistencia sanitaria en supuestos de enfermedad o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- Deber de declarar todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo.



Médica: En periodoncias (curetajes, higienes, revisiones). En patología neurológica (odontalgias, parálisis faciales).

Quirúrgica: Extracción de piezas de carácter sencillo o complejo.

- Aplicación de prótesis odontológicas: Fijas, removibles, parciales, de oclusión… En lenguaje coloquial: Son las típicas fundas o puentes.

› **Ortodoncia**

Tratamientos de ortodoncia: estudio, valoraciones y diagnóstico incluido. En griego Ortos (enderezar) y Doncia (dientes). En lenguaje coloquial: aplicación de accesorios bucales ("hierros") en forma de tratamiento para la corrección de piezas en niños y adultos. Mayoritariamente se utiliza en la infancia y adolescencia, aunque últimamente se está comprobando que cada vez hay más adultos predispuestos a utilizar la ortodoncia correctiva.

› **Estética dental:**

En lenguaje coloquial: desde blanqueamiento de piezas, hasta colocación de carillas de cerámica.

› **Implantes**

En lenguaje coloquial: A esta técnica se le llama la "tercera dentición". La primera es la de leche, después la permanente y por último los implantes. Se trata de sustituir las piezas ausentes, sin tocar las de alrededor mediante tornillo de titanio que se inserta en el hueso.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- "*Conservar las piezas que tenemos en la boca a través de obturaciones, endodoncias, pins, pernos ... En lenguaje coloquial: empastes, matar nervios, etc.*"; "Aplicación de prótesis odontológicas: Fijas, removibles, parciales, de oclusión ... En lenguaje coloquial: Son las típicas fundas o puentes".¿Aplicación de prótesis odontológicas, obturaciones, pins...? Se agradece la clase de lengua castellana dirigida al lector que no posee conocimientos especializados en la materia, pero creemos que se trata de una estrategia de marketing para fascinar al potencial cliente.

- Por otro lado nos dicen: "*Muy fácil de contratar ... Sin límites ni diferencias por edad. No se requiere declaración de salud*", Cuando se requiere como requisito previo el deber de declarar todas las circunstancias que pueden influir en la valoración del riesgo en la póliza.

ENTIDAD: NORTE HISPANIA

PRODUCTO: DECESOS

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Póliza flexible que se adapta a sus necesidades.
- Ofrece un teléfono 24 horas.
- Enumera las principales coberturas (servicio completo de entierro/incineración, nicho en propiedad o alquiler,...).

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No da ninguna dato que permita conocer cuánto costaría contratarlo.
- Remite para más información al teléfono de contacto.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- No nos hablan de las primas ni de la forma de pago. Tampoco nos comentan la cuantía máxima de gastos que cubre dicho seguro. Por tanto se trata de una publicidad muy superficial exclusivamente para atraer la atención del consumidor.
- Además nos ofrece un teléfono 24 horas para obtener más información así como para contratar el producto. Pero se trata de una línea 902 de la que no nos informan acerca del coste de llamada, que es mayor que una línea convencional.
- Reseña a grandes rasgos lo que cubre el seguro pero no da ningún dato de las cuotas a pagar. No hay ningún ejemplo como ocurre en los otros folletos de similares características.
- Se puede leer al final y en letra pequeña que "*Este folleto cumple una función orientativa y en ningún caso puede considerarse éste como definidor de las garantías contratadas ni de sus límites*." Es decir, remite a la póliza para conocer las condiciones del posible contrato.

ENTIDAD: CATALANA OCCIDENTE

PRODUCTO: SEGURO DEL AUTOMOVIL MILLENIUM

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Catalana Occidente nos ofrece flexibilidad a través de sus cinco modalidades de seguro: elemental, especial, completo, óptimo y VIP para adaptarse a las diferentes necesidades del cliente.
- Presenta las coberturas que ofrecen las diversas modalidades.
- Ofrece asesoramiento personal y facilidades para la tramitación del siniestro.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No aparece ningún dato económico.
- En letra pequeña nos dicen que las coberturas y alcances se regirán por lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza sin dar más explicación. Pero si queremos conocer dichas condiciones nos damos cuenta de que no aparecen en la web y para solicitar más información a cerca del producto debemos quedar registrados en una base de datos. Además, nos solicitan datos personales, los cuales no son indispensables para el cálculo de primas, como son: DNI, domicilio, teléfono, etc.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- El folleto se centra en enumerar las coberturas de las distintas modalidades dando sensación de flexibilidad y adaptación a las circunstancias del cliente, pero deja aspectos importantes en el aire como el importe aproximado de las primas o la posibilidad de un conductor ocasional, etc.
- Al solicitar más información acerca del seguro nuestros datos personales serán incluidos en una base de datos. ¿Es necesario todo esto si nosotros solo queremos informarnos? Es decir, para recibir información de la tarifa del seguro debemos exponernos a recibir emails, llamadas telefónicas, etc. Además, cabe plantearse si nuestros datos pueden llegar a ser compartidos con otras empresas.

ENTIDAD: DKV

PRODUCTO: MUNDISALUD

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Libre elección de clínica o médico en todo el mundo.
- Sin límites diarios de hospitalización.
- Asistencia en todo el mundo en caso de urgencia.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Nos muestran una lista con las coberturas que nos ofrece el seguro pero no se explica al consumidor la existencia de 4 modalidades de seguro cuya diferencia es el límite de gastos que cubre cada una.
- En el folleto nos dicen que en los centros no concertados nos reembolsan el 90% de los gastos en el extranjero, mientras que en España nos reembolsan el 80% pero no nos hablan de la existencia de límites para cada una de las modalidades de seguro.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Es un folleto bastante completo si bien establece algunos límites de cobertura que llevan a error: Por un lado nos dicen: "*Sin límites diarios de hospitalización...*" *mientras que por otro*," Para hospitalización , hasta 155.000 EUR persona/año." ¿En que quedamos? Por lo tanto, sí que existen límites económicos diarios de hospitalización; el resultado de dividir los 155.000 entre los 365 días que tiene el año.
- Por otra parte no establece si esos límites son temporales, económicos, de tratamiento... Es decir, que nos estan tratando de despistar y la información no queda muy clara.
- Además, permite la libre elección de médico o clínica, pero si leemos detenidamente el folleto observamos que, aunque es cierto, si acudimos a un centro no concertado ya no cubre el total de los gastos.
- Se trata de un folleto muy desfasado ya que en la página web podemos consultar los límites actuales que no coinciden con la publicidad.

ENTIDAD: SANTALUCIA

PRODUCTO: COMBINADO DEL CAZADOR

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Responsabilidad civil obligatoria del cazador
- Garantía complementaria de suscripción obligatoria.
- Dirección jurídica para la defensa del asegurado.
- Fianzas judiciales, reclamación de daños...

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No sabemos el coste de contratar las garantías adicionales que ofrece, por ejemplo, contratar las cobertura de accidentes corporales incrementa la prima 14,91 ó 26,09 euros según se contraten 30,000 ó 60,000 euros de suma asegurada.
- No se muestran supuestos exentos como son los accidentes causados por imprudencia, desvanecimientos o enfermedades, así como tampoco nos aparece el ámbito geográfico de cobertura.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- "*Para protegerle por completo y que usted sólo se preocupe de cobrar las mejores piezas*" Pero, ¿nos protege por completo sin límite económico?
- A través del folleto, que en este caso es bastante completo, el consumidor puede conocer las garantías básicas y opcionales que se le ofrecen, pero no se muestran supuestos exentos como son los accidentes causados por imprudencia, desvanecimientos o enfermedades, así como tampoco nos aparece el ámbito geográfico de cobertura.
- No establece algo tan sencillo como el hecho de que en el ejemplo no indica si la prima es anual, semestral, trimestral...

ENTIDAD: FIATC

PRODUCTO: SEGURO RETIRADA DEL PERMISO DE CONDUCIR

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Seguro con la finalidad de cubrir los daños personales y económicos que puede suponer la pérdida de todos los puntos del carnet de conducir o su retirada.
- Nos presentan una tabla con el importe de las primas en función del subsidio que obtendremos en caso de que se produzca el siniestro.
- Nos presentan las coberturas del seguro: subsidio que varía en función de la prima pagada, ayuda económica durante los 3 primeros meses y gastos de matriculación de cursos de formación.
- Adjuntan una solicitud para contratar dicho seguro.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No aparecen los supuestos exentos y la información es muy superficial.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Nos dicen que el subsidio mensual se puede recibir en caso de retirada de carnet por imprudencia, culpa o negligencia pero no queda muy claro si están excluidas las retiradas del carnet por alcoholemia, exceso de velocidad, conducción temeraria, infracción muy grave, etc. Por ello, la cuestión a preguntarse es, ¿dicho seguro cubre la retirada de carnet por estas razones?

- Este tipo de seguros es recomendable para personas que utilizan el vehículo a diario y siempre que la indemnización que vaya a recibir cubra sus necesidades económicas y no haya muchos supuestos excluidos.

ENTIDAD: ESTRELLA

PRODUCTO: VIDA RENTA

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

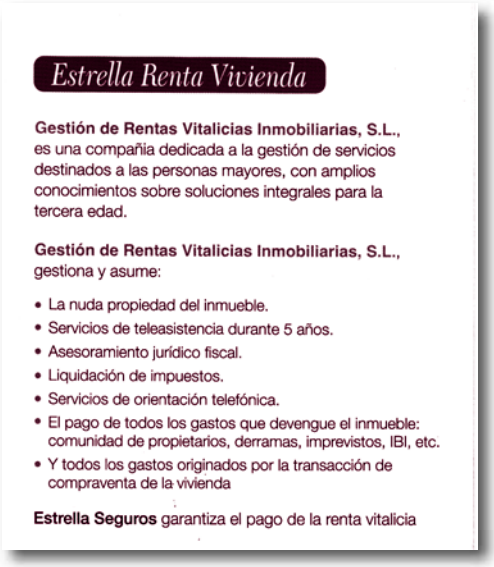
- Oferta de 3 modalidades de planes de pensiones:

1. **Renta personal**: Seguro de vida que consiste en la percepción de una renta de forma vitalicia o durante un plazo de tiempo, a cambio de una aportación única.
2. **Renta pensión**: Garantiza a cambio de una prima única, el pago de una renta de forma vitalicia o temporal, pudiendo decidir la periodicidad y duración de los pagos.
3. **Renta vivienda**: Se garantiza una renta mensual de por vida pero a cambio se transfiere la nuda propiedad de la vivienda pudiendo disfrutar del usufructo. Además con esta modalidad se ofrece otros servicios como son seguro de hogar, teleasistencia, asistencia 24 horas...

- Nos ofrecen una renta garantizada sin riesgos para asegurar nuestra jubilación como complemento de la pensión pública.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Nos mencionan las ventajas fiscales del producto sin profundizar en los límites máximos aportados que desgravan.
- Nos ofertan un producto seguro pero la realidad es bien distinta, ya que los planes de pensiones, al invertir en fondos, **no garantizan una rentabilidad inicial**.
- Este folleto nos da una información muy superficial de los productos ya que no queda muy claro lo que nos están ofreciendo.



Estrella Renta Vivienda

Gestión de Rentas Vitalicias Inmobiliarias, S.L., es una compañia dedicada a la gestión de servicios destinados a las personas mayores, con amplios conocimientos sobre soluciones integrales para la tercera edad.

Gestión de Rentas Vitalicias Inmobiliarias, S.L., gestiona y asume:

- La nuda propiedad del inmueble.
- Servicios de teleasistencia durante 5 años.
- Asesoramiento jurídico fiscal.
- Liquidación de impuestos.
- Servicios de orientación telefónica.
- El pago de todos los gastos que devengue el inmueble: comunidad de propietarios, derramas, imprevistos, IBI, etc.
- Y todos los gastos originados por la transacción de compraventa de la vivienda

Estrella Seguros garantiza el pago de la renta vitalicia

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Las ventajas fiscales que nos mencionan no tienen en cuenta que cuando se llega a la jubilación y uno se dispone a recuperar lo ahorrado debera tributar por las cantidades aportadas durante tantos años.

- También nos dicen: "*Y fiscalmente habrá realizado una buena elección, ya que solo se tributa, la renta que usted percibe en el año que tributa, de manera que suaviza el impacto fiscal*", pero ¿qué sucede si quiero cobrar mi plan de pensiones en forma de capital de una sola vez?

- La modalidad Renta vivienda nos ofrece una renta mensual a cambio de transmitir la propiedad de nuestra vivienda, dejándonos por supuesto seguir utilizándola. Un precio excesivamente caro para obtener una renta mensual, de la que no nos dan ningún tipo de información ni siquiera a modo informativo.

ENTIDAD: ESTRELLA

PRODUCTO: REPATRIACIÓN

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- El folleto explica los productos que ofrece en rumano. Así pues, es un seguro para un sector determinado de la sociedad.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Ofrece unas notas generales sobre el producto, incomprensibles para el español dado que están exclusivamente en rumano.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Se trata de una publicidad dirigida a un sector determinado de la población por lo que el folleto explica los productos que ofrece en rumano.
- Pero con el pequeño detalle de que la solicitud que se adjunta para contratar el seguro se encuentra integramente escrita en castellano. Así como las condiciones limitativas y los riesgos excluídos están en castellano lo que supone que las condiciones reales del seguro sean incomprensible para el consumidor.
- Ya no es que no especifique las primas ni que pueda inducir a error, sino que deja en una posición de indefensión absoluta al consumidor.

CONDICIONES LIMITATIVAS Y RIESGOS EXCL

Garantía de repatriación de restos mortales y acompañamiento: Esta garantía se prestará a través de Europ Assistance

-Si el fallecimiento se produce en Europa, la prestación será válida siempre que la estancia fuera de su residencia habitual sea inferior a
-Se excluyen de la cobertura:
- los gastos de inhumación y ceremonia.
- el traslado no comunicado con antelación a Europ Assistance y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente a
- el traslado de órganos, tejidos, células y derivados, embriones y fetos.
- el traslado a o desde países en situación de guerra, insurrección, o cualquier otro conflicto bélico.

-Carencia: 30 días desde el alta del asegurado.

Garantía de Fallecimiento por accidente:

Duración de esta garantía: hasta la anualidad en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.
A los efectos de esta garantía se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, sú
No tendrán la consideración de accidentes:
- los provocados por el asegurado o sus beneficiarios, los derivados de la participación del asegurado en apuestas y los p
- las enfermedades o procesos patológicos de toda clase, enfermedades del corazón, infartos cardiacos y cerebrales, ins de la temperatura que no sean consecuencia de un accidente.
- Los debidos a guerras, conflictos armados, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes y movimientos sísmicos.

Quedan excluidos los accidentes derivados de la práctica de deportes aéreos, deportes de lucha y de aquellos manifiestamente peligr

Garantía de Asistencia en Viaje: Esta garantía se prestará a través de Europ Asistance.

Esta garantía solo tendrá validez si el asegurado es residente en España y siempre que la permanencia del asegurad
Las prestaciones de esta garantía tienen validez en Europa, excepto España.
Esta garantía no cubre las prestaciones previstas cuando sean motivadas por:
- Enfermedades o lesiones anteriores al viaje. Tampoco las enfermedades mentales, embarazo parto o cualquier comp
- La práctica de deportes de competición, deportes de montaña y de invierno, deportes de lucha y las activida

ENTIDAD: SANTALUCÍA

PRODUCTO: SEGURO ASISTENCIA FAMILIAR PLUS

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Nos presentan un novedoso seguro consistente en la modificación de la modalidad de póliza a lo largo de los años por lo que se garantiza el bienestar de tus hijos hasta los 17 años, a partir de entonces se transforma en una garantía de accidentes. Y, a partir de los 65 años se convierte en una garantía de asistencia al jubilado.
- Asistencia en viaje
- Protección legal

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No se nos comunican los periodos de carencia que en este caso se trata de dos meses para la garantía de decesos.
- Por otro lado tampoco nos muestran los supuestos excluidos: los riesgos causados por mala fe del asegurado, los riesgos causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones, así como, como durante el transcurso de huelgas legales, las consecuencias del suicidio o la tentativa, etc.
- Además también existen requisitos geográficos ya que el traslado en ambulancia en caso de enfermedad o accidente ocurrido en España solamente surtirá efecto cuando la enfermedad o el accidente haya ocurrido a más de 20 kilómetros del domicilio del asegurado.
- No queda excluida la asistencia en viaje, cuando el viaje al extranjero tenga por objeto recibir tratamiento médico.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- De nuevo es una publicidad que, además de incompleta, por no incluir ningún dato económico, promueve un sistema que resulta a primera vista innovador, pero que entraña una serie de requisitos y condiciones que, por supuesto, no se reflejan.
- Dan a entender, que es la aseguradora la que se encarga absolutamente de todo, sin especificar el importe de las primas y las exenciones en sus coberturas.

ENTIDAD: PATRIA HISPANA

PRODUCTO: AUTOMÓVILES

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Garantías (responsabilidad civil, rotura de lunas, robo, defensa jurídica...)
- Servicios (libre elección de taller, delegaciones y agencias en todo el territorio nacional, atención personal...)

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- "*Patria Hispana le ofrece las más amplias garantías en su seguro de automóviles.*""*Las mejores garantías: responsabilidad civil, rotura de lunas, robo, defensa jurídica, ...*" "*El mejor servicio: libre elección de taller, delegaciones y agencias en todo el territorio nacional, atención personal, ...*" Pero no nos dicen si las coberturas entran en una misma modalidad o hay varias para contratar (básica, a terceros...), como sucede en otras compañías.
- En los servicios que ofrecen tampoco se dice si forman parte de una misma modalidad o paquete de coberturas.
- Tampoco se especifica la diferencia de gasto que conllevan las coberturas si pertenecen a modalidades distintas.

PATRIA HISPANA
le ofrece las más amplias garantías en su seguro de
AUTOMÓVILES

Más de 88 años de experiencia nos han servido para conocer las necesidades de nuestros asegurados, y para advertir las nuevas antes que otras compañías.

De esto modo, PATRIA HISPANA es capaz de ofrecerle las mejores coberturas, un servicio rápido, eficaz, personal y al mejor precio, bonificando a aquellos conductores que no declaren siniestros.

Su Automóvil asegurado en PATRIA HISPANA, Compañía Española con 88 años al servicio de los asegurados

Las mejores Garantías:
- Responsabilidad Civil
- Rotura de Lunas
- Robo: Total o Parcial, así como los daños producidos
- Incendio y Explosión
- Daños Propios: Todo Riesgo con y sin Franquicia (a su elección)
- Asistencia en Viaje. Desde el Km 0
- Subsidio mensual en caso de Retirada del Permiso de Conducir
- Defensa Jurídica
- Reclamación de Daños a Terceros
- Recurso de Multas

El mejor Servicio:
- Libre elección de Taller donde reparar su vehículo.
- Delegaciones y Agencias en todo el territorio nacional donde declarar un siniestro o consultar cualquier duda. No tiene que dirigirse a un teléfono en el que poco o nada le solucionan.
- Atención personal de siniestros, modificaciones de Pólizas y cobro de Recibos.
- Bonificaciones a los buenos conductores.
- Cuidada elaboración de tarifas, para que no tenga que pagar más por el mismo seguro.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- La información sin concretar el producto puede inducir a error. No se explica de forma clara el tipo o tipos de seguros que publicitan ni los gastos que conlleva contratarlos.
- No hay datos económicos, ni cuotas, ni primas. El folleto se caracteriza por la falta de información de los elementos fundamentales.

ENTIDAD: ASISA

PRODUCTO: ACCIDENTES

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Tener prevista una importante indemnización
- Que seas tú quien la establezca
- Sin exámenes médicos

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Las garantías que pueden contratarse son: fallecimiento por accidente, invalidez permanente absoluta por accidente, indemnización diaria por hospitalización por accidente, gastos de cirugía estética reparadora de accidente
- La compañía se hará cargo de los gastos que produzcan las necesarias asistencias de carácter urgente.
- Imposible sacar éstas conclusiones del folleto publicitario, nada se especifica del producto.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- "*ASISA se ha convertido en un valor de referencia"; "Somos la única compañía que reinvierte en beneficio"; Y sabemos lo que quieres (...) Que un accidente no repercuta en la economía familiar. Tener prevista un importante indemnización. Que seas tú quien la establezca. Que incluso el infarto agudo de miocardio se considere accidente*" Los mensajes publicitarios que nos muestran son escasos de información y totalmente captadores del consumidor. Llenos de frases que invitan a relajarse y despreocuparse.
- Falta de información, que induce o puede inducir a error. No se explica ninguna de las coberturas del seguro ni que tipo de riesgos cubre.

PUBLICIDAD

ENTIDAD: SANTALUCIA

PRODUCTO: VITAL SEGURO DE ACCIDENTES PARA AMAS DE CASA

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Amplias coberturas por fallecimiento, asistencia en viaje, sanitaria y otras adicionales.
- Información totalmente dirigida a la mujer.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- La publicidad se limita a enumerar las coberturas que nos ofrece el seguro sin tener en cuenta determinadas consideraciones, que quedan incluidas en la póliza. Como son:

1. Se considera accidente de circulación, aquél que el asegurado pueda sufrir: Como peatón, causado por un vehículo, como conductor o pasajero de un vehículo terrestre o como usuario de transporte público
2. Se considera el viaje como todo desplazamiento a más de 100 kilómetros de su domicilio habitual o al extranjero y por un tiempo inferior a tres meses.
3. En el supuesto de fallecimiento por accidente simultáneo, se abonará la suma asegurada adicional igual a la establecida para la garantía de fallecimiento por accidente, con un límite máximo de 90.000 euros.

La mujer de hoy, aunque sólo trabaje en casa, es una mujer vital que quiere soluciones prácticas y modernas que faciliten su vida. Y aunque la definición de familia se actualiza, sigue siendo el ama de casa quien normalmente constituye el centro del hogar.

Así consideramos el hogar como un entorno seguro, pero el ama de casa puede verse expuesta a una serie de riesgos que amenacen su bienestar y, como consecuencia, el del resto de su familia.

or su bienestar,
ase lo que pase

Acostumbrada a darlo todo por ellos, quién mejor que el ama de casa sabe lo importante que es sentirse protegida en todo momento.

Coberturas básicas

- Fallecimiento por accidente
- Protección especial en caso de fallecimiento por accidente simultáneo del asegurado y de la segunda persona que se designe
- Capital adicional en caso de fallecimiento por actos violentos, como robo, secuestro o agresión
- Capital adicional en caso de fallecimiento por accidente en el hogar
- Invalidez permanente parcial por accidente
- Subsidio diario por hospitalización por accidente

- No nos hablan de límites máximos a indemnizar, ni de limitaciones en km, por tanto debemos remitirnos al contrato, donde podemos observar:

1. En el envío de documentos y objetos personales olvidados, se asumirán los gastos hasta un límite de 150 euros por siniestro.
2. En el supuesto de demora, cancelación del viaje o pérdida de conexiones se indemnizarán los gastos hasta un límite máximo de 200 euros por siniestro.
3. El traslado en ambulancia sólo surte efecto cuando la enfermedad o el accidente hayan ocurrido a más de 20 kilómetros del domicilio.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Producto específico para amas de casa sin contrato laboral, pero no especifica si cubre los supuestos en caso de trabajar fuera de casa.
- Se cubre la invalidez permanente parcial por accidente, en un caso en el que la persona asegurada a la que va destinado el producto, se supone, no mantiene una relación laboral fuera del hogar.
- Entre los accidentes que se especifican, figura el terrestre, pero si se supone que es una mujer actual, ¿También utilizará otros medios de transporte como el aéreo?
- Cubre el supuesto de muerte del cónyuge por accidente, pero tampoco nos dicen nada en el supuesto de morir, éste, por cualquier otra causa y tener que volver a trabajar la mujer, en caso de ser ama de casa. Serían los casos más comunes en esta situación y de los que no tenemos información alguna.

ENTIDAD: MAPFRE

PRODUCTO: MAPFRE CAJA SALUD FAMILIAR

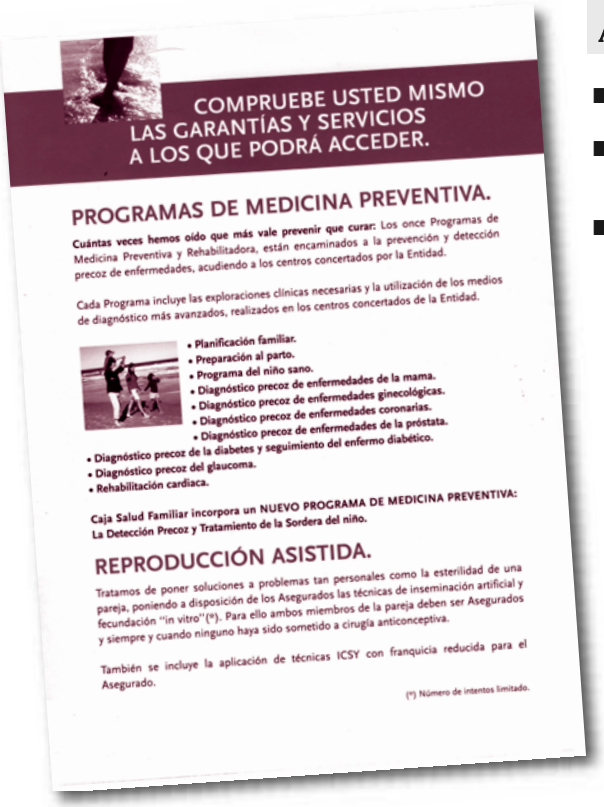
PUBLICIDAD

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Programas de medicina preventiva
- Tratamiento de la psicoterapia
- Asistencia urgente en el extranjero y seguro de accidentes

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No nos dicen nada a cerca de los periodos de carencia que en este caso son: de diez meses para la asistencia en parto o cesárea y de veinticuatro meses en caso de que sea una mujer sola.
- Además, el estudio de esterilidad y técnicas de reproducción asistida tendrá efecto como garantía transcurridos 48 meses desde que se diese de alta el último miembro de la pareja.



COMPRUEBE USTED MISMO LAS GARANTÍAS Y SERVICIOS A LOS QUE PODRÁ ACCEDER.

PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA.

Cuántas veces hemos oído que más vale prevenir que curar: Los once Programas de Medicina Preventiva y Rehabilitadora, están encaminados a la prevención y detección precoz de enfermedades, acudiendo a los centros concertados por la Entidad.

Cada Programa incluye las exploraciones clínicas necesarias y la utilización de los medios de diagnóstico más avanzados, realizados en los centros concertados de la Entidad.

- **Planificación familiar.**
- **Preparación al parto.**
- **Programa del niño sano.**
- **Diagnóstico precoz de enfermedades de la mama.**
- **Diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas.**
- **Diagnóstico precoz de enfermedades coronarias.**
- **Diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata.**
- **Diagnóstico precoz de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético.**
- **Diagnóstico precoz del glaucoma.**
- **Rehabilitación cardiaca.**

Caja Salud Familiar incorpora un NUEVO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA: La Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera del niño.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

Tratamos de poner soluciones a problemas tan personales como la esterilidad de una pareja, poniendo a disposición de los Asegurados las técnicas de inseminación artificial y fecundación "in vitro" (*). Para ello ambos miembros de la pareja deben ser Asegurados y siempre y cuando ninguno haya sido sometido a cirugía anticonceptiva.

También se incluye la aplicación de técnicas ICSY con franquicia reducida para el Asegurado.

(*) Número de intentos limitado.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- La publicidad nos incita a contratar, mostrando todas las ventajas de los productos y silenciando datos relevantes.
- Falta información sobre las consecuencias de contratar el seguro. Los períodos de carencia no se advierten al consumidor.
- De nuevo, una información carente de datos económicos. Sin precios ni cuotas de las primas.

ENTIDAD: SANTALUCIA

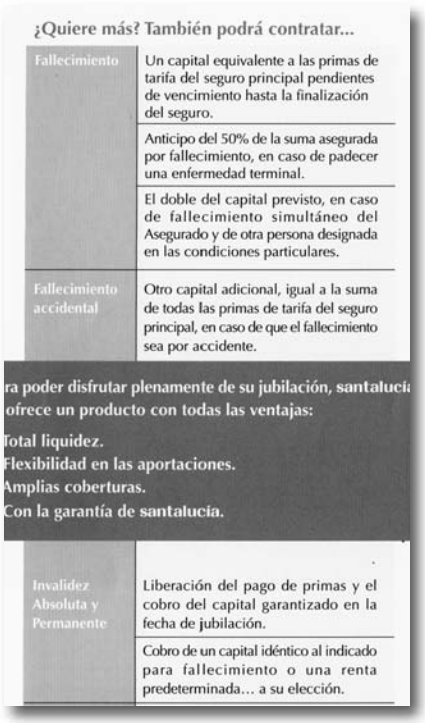
PRODUCTO: MAXIPLAN JUBILACIÓN

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Santalucía nos ofrece un plan de pensiones.
- Participación en los beneficios de las inversiones de la compañía.
- Oferta de coberturas básicas y opcionales para contratar.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- *"MaxiPlan Jubilación nunca le supondrá un esfuerzo. En primer lugar porque es usted quien decide cuánto desea aportar." "En segundo, porque le permite variar la cuantía de esas aportaciones cuando quiera y como quiera; podrá hacer aportaciones extraordinarias o suspender temporalmente los pagos.*" Pero se olvidan de decirnos que existen limitaciones, ya que las primas extraordinarias no podrán ser inferiores a la prima periódica y como mínimo de 150 euros.
- "*Y lo más importante, porque, a partir del segundo año, le permite solicitar anticipos de capital.*" Pero si nos remitimos a las condiciones generales del seguro nos damos cuenta de que una vez satisfechas las primas de los dos primeros años, se concederán préstamos hasta el valor total del rescate que tenga la póliza, mediante un interés máximo anual igual al del dinero, más un punto. Es decir, nos cobran unos intereses si queremos rescatar nuestro dinero antes de tiempo.



¿Quiere más? También podrá contratar...

Fallecimiento	Un capital equivalente a las primas de tarifa del seguro principal pendientes de vencimiento hasta la finalización del seguro.
	Anticipo del 50% de la suma asegurada por fallecimiento, en caso de padecer una enfermedad terminal.
	El doble del capital previsto, en caso de fallecimiento simultáneo del Asegurado y de otra persona designada en las condiciones particulares.
Fallecimiento accidental	Otro capital adicional, igual a la suma de todas las primas de tarifa del seguro principal, en caso de que el fallecimiento sea por accidente.

ra poder disfrutar plenamente de su jubilación, santalucía
ofrece un producto con todas las ventajas:
Total liquidez.
Flexibilidad en las aportaciones.
Amplias coberturas.
Con la garantía de santalucía.

Invalidez Absoluta y Permanente	Liberación del pago de primas y el cobro del capital garantizado en la fecha de jubilación.
	Cobro de un capital idéntico al indicado para fallecimiento o una renta predeterminada... a su elección.

- Además, la forma de calcular la participación en los beneficios de la compañía queda redactada en el contrato de la siguiente forma: "*Las participaciones serán proporcionales a la provisión matemática, en el 90% de los beneficios netos producidos al año por la inversión de las provisiones matemáticas de balance de los seguros de vida individual con derecho a participación y que tengan el mismo interés técnico garantizado que esta modalidad.*"

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Como podemos ver, la explicación en el contrato de los supuestos beneficios ofertados es de difícil comprensión y esto unido a el diminuto tamaño de la letra de los contratos hace que sea incomprensible para el consumidor.
- La información no es completa para que el consumidor pueda hacerse una idea exacta del tipo de producto que se oferta, no es clara ni transparente.
- No se menciona en ningún momento el importe de las primas extraordinarias, ni en qué proporción se cobrarán las participaciones ni, por supuesto, la concesión de préstamos a los dos años de encontrarse satisfechas las primas, a lo que ellos llaman adelantos, tratándose de un producto de ahorro inversión.

ENTIDAD: FIATC

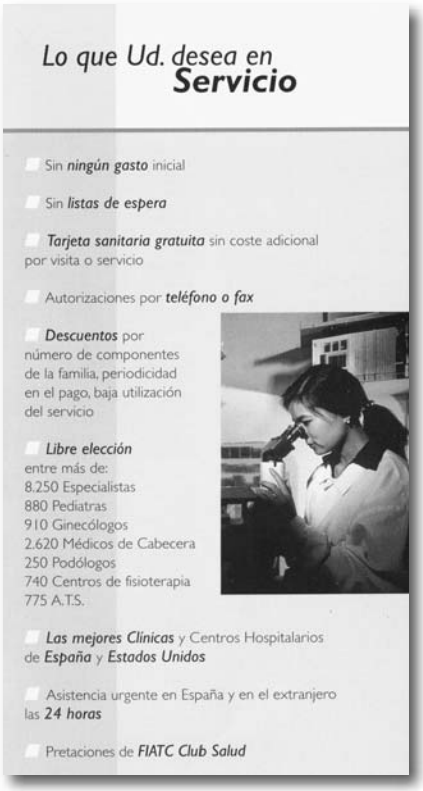
PRODUCTO: MEDIFIATC

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Escoger entre las mejores clínicas y centros hospitalarios del país.
- Descuentos por número de componentes de la familia.
- Tarjeta sanitaria gratuita sin coste adicional por visita o servicio.
- Sin lista de espera.
- Eliminación de carencias si proviene de otra entidad.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Cuáles son esas ventajas fiscales y laborales para empresarios y autónomos. Si conllevan costes adicionales u otro tipo de coberturas. Si se refiere a facilidades en cuanto a los pagos o reducciones de cuotas por grupo.
- Nos ofrecen consulta de segunda opinión médica, pero no se especifica si puede realizarse en clínica distinta a la red concertada.



AFECTA AL CONSUMIDOR:

- "*Si proviene de otra entidad,* ***CONSÚLTENOS SOBRE LA ELIMINACIÓN DE CARENCIAS***", pero en ningún momento nos especifican si hay carencia en el caso de darte de alta nuevo, sin previa entidad.
- Difícil acceso a los detalles específicos que se describen en las condiciones generales de la póliza, en letra pequeña nos dicen: "*Los detalles específicos se describen en las condiciones generales de la póliza*." Mientras que si queremos consultar estas condiciones nos damos cuenta de que no aparecen en la página web, por lo que no queda más remedio que acudir a una de las oficinas de la compañía.
- No quedan muy claras las condiciones de las diversas modalidades de seguro: "*Multimedic Plus: Dos Seguros Médicos de la modalidad de reembolso con distintas opciones para ajustarse a cada necesidad*" Pero, ¿entonces pagamos de forma anticipada los servicios prestados por el médico y nos devuelven la totalidad de los gastos sin ningún límite?, esta información no aparece por ningún lado.
- Nos adjuntan un folleto que debemos enviar para obtener información donde debemos incorporar nuestros datos personales, pero donde no se solicitan elementos fundamentales como el sexo y edad del resto de componentes de la familia.
- Por tanto la información puede inducir a error ya que no especifica los supuestos y se resaltan las ventajas del producto, pero no se dan datos concretos.

ENTIDAD: HELVETIA

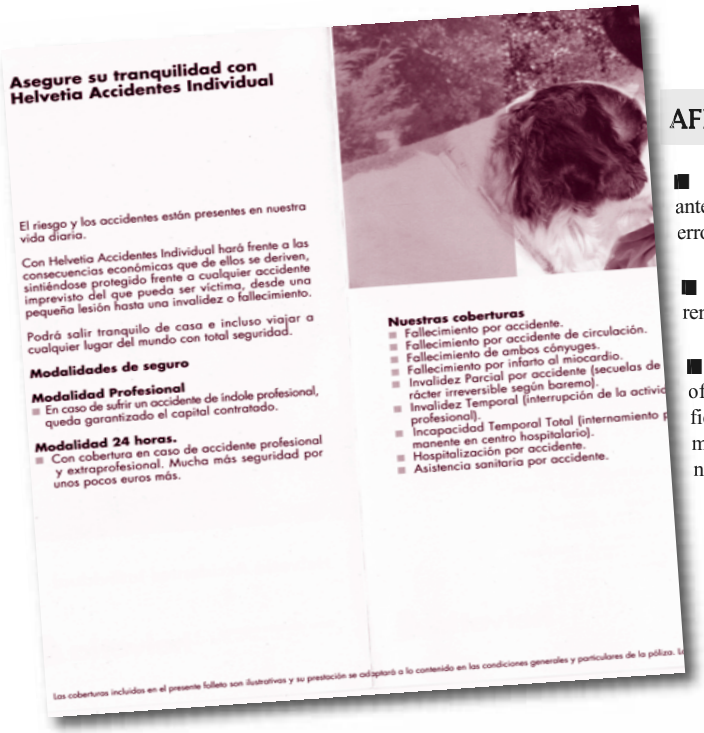
PRODUCTO: ACCIDENTES INDIVIDUAL

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Con la Modalidad profesional queda garantizado el capital contratado en caso de sufrir un accidente de índole profesional.
- Con la Modalidad 24 horas, se garantizan coberturas en caso de accidente profesional y extraprofesional.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No dicen que coberturas entran en cada modalidad
- Tampoco informan de cuales son los precios de cada modalidad o si es importante el tipo de profesión para el cálculo de las primas o la cantidad a asegurar.



Asegure su tranquilidad con Helvetia Accidentes Individual

El riesgo y los accidentes están presentes en nuestra vida diaria.

Con Helvetia Accidentes Individual hará frente a las consecuencias económicas que de ellos se deriven, sintiéndose protegido frente a cualquier accidente imprevisto del que pueda ser víctima, desde una pequeña lesión hasta una invalidez o fallecimiento.

Podrá salir tranquilo de casa e incluso viajar a cualquier lugar del mundo con total seguridad.

Modalidades de seguro

Modalidad Profesional
- En caso de sufrir un accidente de índole profesional, queda garantizado el capital contratado.

Modalidad 24 horas.
- Con cobertura en caso de accidente profesional y extraprofesional. Mucha más seguridad por unos pocos euros más.

Nuestras coberturas
- Fallecimiento por accidente.
- Fallecimiento por accidente de circulación.
- Fallecimiento de ambos cónyuges.
- Fallecimiento por infarto al miocardio.
- Invalidez Parcial por accidente (secuelas de rácter irreversible según baremo).
- Invalidez Temporal (interrupción de la activid profesional).
- Incapacidad Temporal Total (internamiento p manente en centro hospitalario).
- Hospitalización por accidente.
- Asistencia sanitaria por accidente.

Las coberturas incluidas en el presente folleto son ilustrativas y su prestación se adaptará a lo contenido en las condiciones generales y particulares de la póliza. L

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Por la falta de información en el folleto estamos ante publicidad incompleta, y que puede inducir a error al consumidor.

- No se aporta ningún dato económico, está carente de la información primordial.

- Solo se muestra el total de las coberturas que ofrecen con sus modalidades, pero no se especifica qué coberturas para cada modalidad. Podríamos contratar un seguro no acorde a nuestras necesidades.

ENTIDAD: HELVETIA

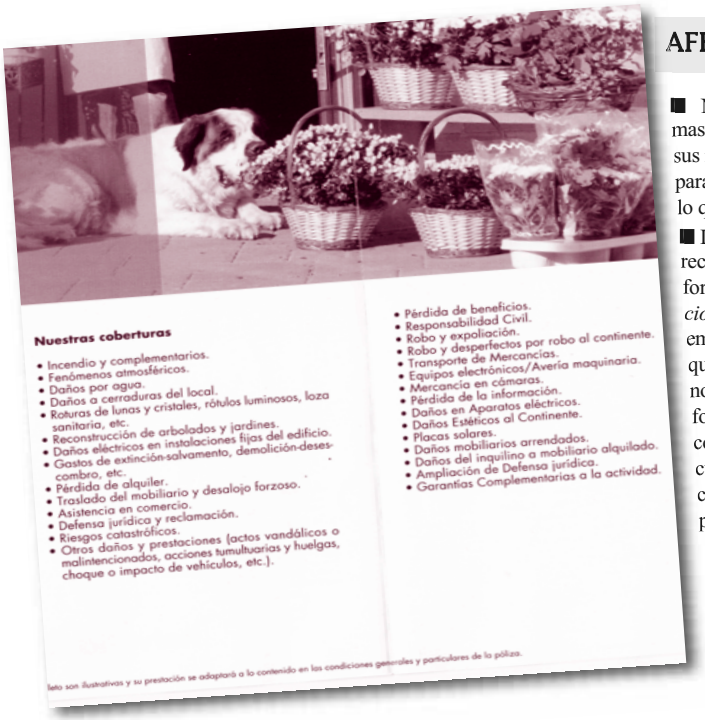
PRODUCTO: HELVETIA COMERCIO

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Varias Modalidades para cada tipo de negocio (comercio, oficinas, sector servicios)
- Amplias coberturas

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No dicen que coberturas incluye cada modalidad, únicamente nos muestran una amplia lista de coberturas sin especificar en que paquete de modalidad se prestan.
- Tampoco informan sobre los precios, si están en relación con los negocios asegurados y si consultamos la web para obtener información a cerca de las primas nos solicitan nuestros datos personales.



Nuestras coberturas

- Incendio y complementarios.
- Fenómenos atmosféricos.
- Daños por agua.
- Daños a cerraduras del local.
- Roturas de lunas y cristales, rótulos luminosos, loza sanitaria, etc.
- Reconstrucción de arbolados y jardines.
- Daños eléctricos en instalaciones fijas del edificio.
- Gastos de extinción-salvamento, demolición-desescombro, etc.
- Pérdida de alquiler.
- Traslado del mobiliario y desalojo forzoso.
- Asistencia en comercio.
- Defensa jurídica y reclamación.
- Riesgos catastróficos.
- Otros daños y prestaciones (actos vandálicos o malintencionados, acciones tumultuarias y huelgas, choque o impacto de vehículos, etc.).
- Pérdida de beneficios.
- Responsabilidad Civil.
- Robo y expoliación.
- Robo y desperfectos por robo al continente.
- Transporte de Mercancías.
- Equipos electrónicos/Avería maquinaria.
- Mercancía en cámaras.
- Pérdida de la información.
- Daños en Aparatos eléctricos.
- Daños Estéticos al Continente.
- Placas solares.
- Daños mobiliarios arrendados.
- Daños del inquilino a mobiliario alquilado.
- Ampliación de Defensa jurídica.
- Garantías Complementarias a la actividad.

Esto son ilustrativas y su prestación se adaptará a lo contenido en las condiciones generales y particulares de la póliza.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- No aparecen datos económicos ni importes de primas. Se publicitan las coberturas sin concretarlas en sus modalidades. Otra vez se utiliza la publicidad no para informar, sino para tener una visión subjetiva de lo que es el producto.
- La publicidad no informa, sino que es un simple reclamo para que el cliente acuda a la entidad a informarse, como cuando dice: "*Productos con precios competitivos y excelentes coberturas*". Sin embargo, no nos dan ningún dato económico y si queremos solicitarlo, de nuevo debemos registrarnos y dar nuestros datos personales para obtener información más detallada a cerca de las primas, coberturas y exenciones. Además es de obligada cumplimentación nuestro teléfono y dirección de correo electrónico, por lo que nos veremos expuestos a recibir llamadas y correos no deseados.

ENTIDAD: ASISA

PRODUCTO: HOSPITALIZACIÓN

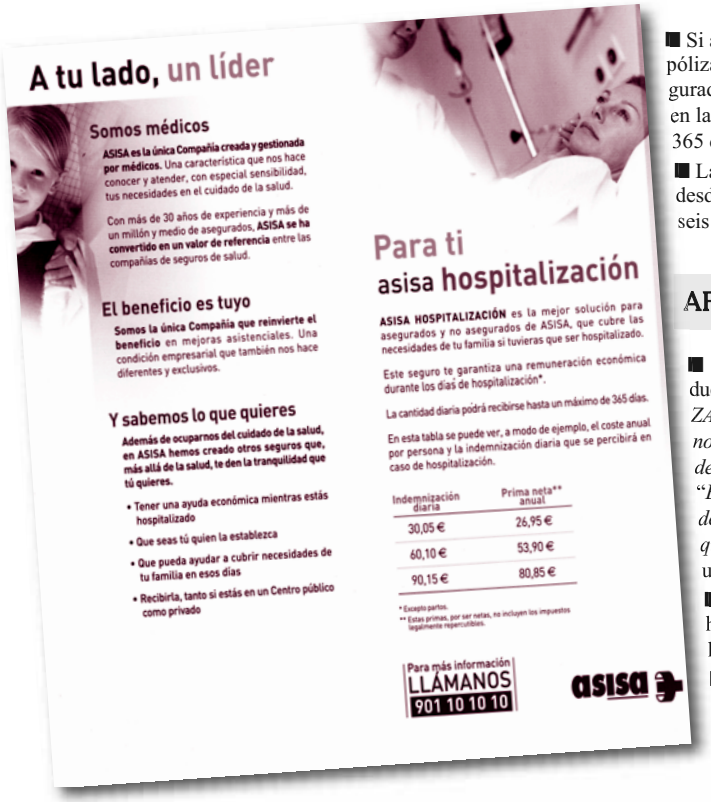
LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Remuneración de una ayuda económica mientras estás hospitalizado
- Recibir esa ayuda tanto si estás en un centro público como privado
- La cantidad diaria podrá recibirse hasta un máximo de 365 días

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Se omiten aspectos importantes como son las exclusiones, por lo que debemos consultarlas en el contrato, donde nos dicen:

- Quedan excluidas las hospitalizaciones por accidentes producidos en cualquier clase de deporte que se practique con carácter profesional.
- Quedan excluidas las hospitalizaciones consecutivas o derivadas del embarazo, aborto o parto.



A tu lado, un líder

Somos médicos

ASISA es la única Compañía creada y gestionada por médicos. Una característica que nos hace conocer y atender, con especial sensibilidad, tus necesidades en el cuidado de la salud.

Con más de 30 años de experiencia y más de un millón y medio de asegurados, **ASISA se ha convertido en un valor de referencia** entre las compañías de seguros de salud.

El beneficio es tuyo

Somos la única Compañía que reinvierte el beneficio en mejoras asistenciales. Una condición empresarial que también nos hace diferentes y exclusivos.

Y sabemos lo que quieres

Además de ocuparnos del cuidado de la salud, en ASISA hemos creado otros seguros que, más allá de la salud, te den la tranquilidad que tú quieres.

- Tener una ayuda económica mientras estás hospitalizado
- Que seas tú quien la establezca
- Que pueda ayudar a cubrir necesidades de tu familia en esos días
- Recibirla, tanto si estás en un Centro público como privado

Para ti
asisa hospitalización

ASISA HOSPITALIZACIÓN es la mejor solución para asegurados y no asegurados de ASISA, que cubre las necesidades de tu familia si tuvieras que ser hospitalizado.

Este seguro te garantiza una remuneración económica durante los días de hospitalización*.

La cantidad diaria podrá recibirse hasta un máximo de 365 días.

En esta tabla se puede ver, a modo de ejemplo, el coste anual por persona y la indemnización diaria que se percibirá en caso de hospitalización.

Indemnización diaria	Prima neta** anual
30,05 €	26,95 €
60,10 €	53,90 €
90,15 €	80,85 €

* Excepto partos.
** Estas primas, por ser netas, no incluyen los impuestos legalmente repercutibles.

Para más información
LLÁMANOS
901 10 10 10

asisa

- Si a consecuencia de accidente, cubierto por la póliza, el asegurado debe ser hospitalizado, el asegurador pagará la indemnización diaria establecida en las condiciones particulares hasta un máximo de 365 días.
- La cobertura pactada comenzará transcurrido, desde la toma de efecto del contrato, en el plazo de seis meses.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- La falta de información en el folleto puede inducir a error al consumidor: "*ASISA HOSPITALIZACIÓN es la mejor solución para asegurados y no asegurados de ASISA, que cubre las necesidades de tu familia si tuvieras que ser hospitalizado*"; "*En ASISA hemos creado otros seguros más allá de la salud, que te den la tranquilidad que tú quieres*." Por tanto, podemos ver que se trata de una información trivial así como comercial.
- Se silencian aspectos muy importantes como el hecho de que la cobertura en caso de ser hospitalizado limita a un año la indemnización diaria.
- Una vez más, se publicitan las virtudes de este producto, pero en ningún momento se hace alusión a gastos o condiciones en la coberturas.

ENTIDAD: ZURICH

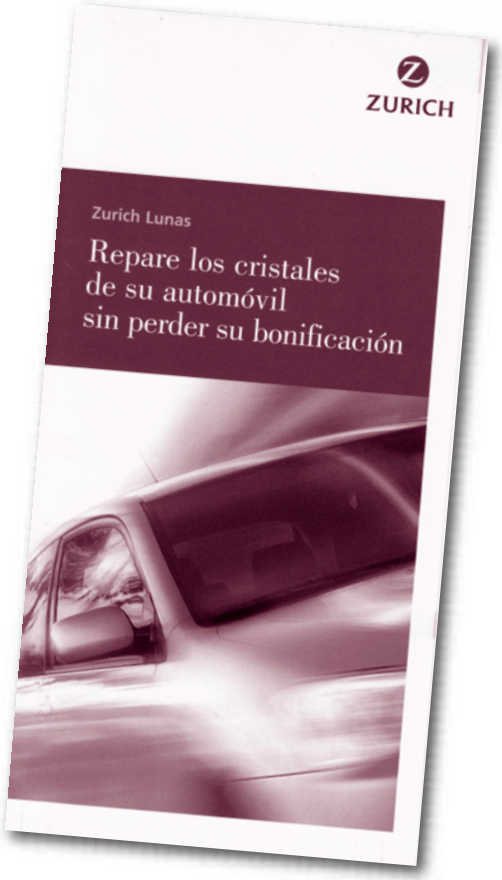
PRODUCTO: LUNAS

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Atención telefónica los 365 días del año, 24 horas al día.
- Reparación de lunas totalmente gratuita y sin afectar a su bonificación.
- Nos ofrecen cristales homologados y con garantía de hasta 10 años.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- No se nos informa acerca de periodos de carencia, primas, ni supuestos exentos por lo que la información es incompleta y trivial.
- Además nos ofrecen un producto gancho "Zurich Lunas", aparentemente gratuito: "*Un servicio totalmente gratuito por tener su seguro de automóvil en Zurich, con la garantía de lunas contratada.*" Pero en realidad se trata de un reclamo publicitario para vendernos el seguro de automóvil, ya que el servicio de lunas es gratis si previamente hemos pagado el seguro de automóvil y además la cobertura opcional de lunas. Es decir, la reparación y sustitución de lunas gratuita debemos pagarla de antemano.



AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Se trata de una cobertura adicional que podemos contratar con el seguro de automóvil Zurich, una práctica muy habitual de las compañías aseguradoras que a través de este "pack" de seguros tratan de vendernos un producto complementario, ampliando de esta forma su negocio y fidelizando a su clientela para que adquieran servicios adicionales.
- La publicidad de Zurich Lunas no nos informa realmente del producto que ofrece ya que se omiten aspectos fundamentales que pueden inducir a confusión.
- Además, como la información suministrada en el folleto es incompleta, si tratamos de informarnos mediante otros medios nos damos cuenta de que es imposible encontrar las condiciones del contrato vía web y debemos quedar registrados en una base de datos una vez más para solicitar información adicional.

ENTIDAD: AXA WINTERTHUR

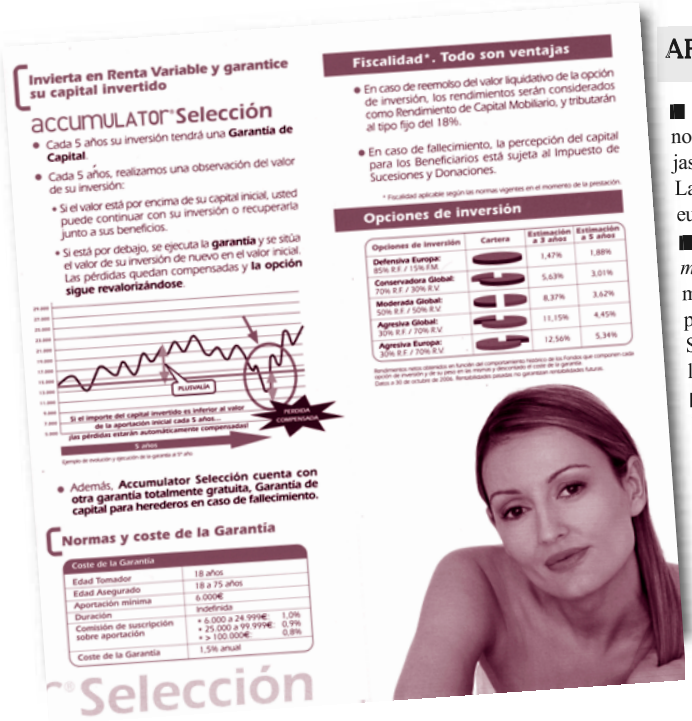
PRODUCTO: ACCUMULATOR

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Nos ofrecen un producto novedoso para inversores que buscan alta rentabilidad y bajo riesgo
- Liquidez
- Capital Garantizado

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Se trata de un Unit Linked. Es decir, un seguro de vida que invierte en fondos de inversión en el que decides en que cesta inviertes en función de tu perfil inversor.
- Nos dicen que una de las características relevantes es la liquidez pero sin tener en cuenta que si cancelamos antes de los 5 años podemos incurrir en importantes pérdidas.
- No nos dicen cuál es la penalización por cancelación.



Invierta en Renta Variable y garantice su capital invertido

accumulator Selección

- Cada 5 años su inversión tendrá una **Garantía de Capital**.
- Cada 5 años, realizamos una observación del valor de su inversión:
  - Si el valor está por encima de su capital inicial, usted puede continuar con su inversión o recuperarla junto a sus beneficios.
  - Si está por debajo, se ejecuta la **garantía** y se sitúa el valor de su inversión de nuevo en el valor inicial. Las pérdidas quedan compensadas y **la opción sigue revalorizándose**.

PLUSVALÍA
PÉRDIDA COMPENSADA
Si el importe del capital invertido es inferior al valor de la aportación inicial cada 5 años... ¡las pérdidas estarán automáticamente compensadas!
5 años
Ejemplo de evolución y ejecución de la garantía al 5º año

- Además, **Accumulator Selección cuenta con otra garantía totalmente gratuita, Garantía de capital para herederos en caso de fallecimiento.**

Normas y coste de la Garantía

Coste de la Garantía	
Edad Tomador	18 años
Edad Asegurado	18 a 75 años
Aportación mínima	6.000€
Duración	indefinida
Comisión de suscripción sobre aportación	+ 6.000 a 24.999€: 1,0% + 25.000 a 99.999€: 0,9% + > 100.000€: 0,8%
Coste de la Garantía	1,5% anual

Selección

Fiscalidad*. Todo son ventajas

- En caso de reembolso del valor liquidativo de la opción de inversión, los rendimientos serán considerados como Rendimiento de Capital Mobiliario, y tributarán al tipo fijo del 18%.
- En caso de fallecimiento, la percepción del capital para los Beneficiarios está sujeta al Impuesto de Sucesiones y Donaciones.

* Fiscalidad aplicable según las normas vigentes en el momento de la prestación.

Opciones de inversión

Opciones de inversión	Cartera	Estimación a 3 años	Estimación a 5 años
Defensiva Europa: 85% R.F. / 15% FM		1,47%	1,88%
Conservadora Global: 70% R.F. / 30% R.V.		5,63%	3,01%
Moderada Global: 50% R.F. / 50% R.V.		8,37%	3,62%
Agresiva Global: 30% R.F. / 70% R.V.		11,15%	4,45%
Agresiva Europa: 30% R.F. / 70% R.V.		12,56%	5,34%

Rendimientos netos obtenidos en función del comportamiento histórico de los Fondos que componen cada opción de inversión y de su peso en la cartera y descontando el coste de la garantía.
Datos a 30 de octubre de 2006. Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- El folleto no deja claro el tipo de producto que nos esta ofreciendo puesto que se centra en las ventajas sin tener en cuenta que se trata de un Unit Linked. La aportación mínima es bastante elevada, de 6000 euros y de una sola vez.
- Nos dicen "*Liquidez constante desde el primer momento*" pero obviando el hecho de que si cancelamos el producto antes de 5 años o posteriormente podemos incurrir en pérdidas.
  Se aplican gastos y comisiones compensando así los supuestos beneficios que podrían obtenerse.
- Además, se muestra un cuadro desglosando las rentabilidades estimadas para los diversos tipos de carteras y en letra pequeña nos dicen "*Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras*."

ENTIDAD: MUTUAGENERAL DE SEGUROS

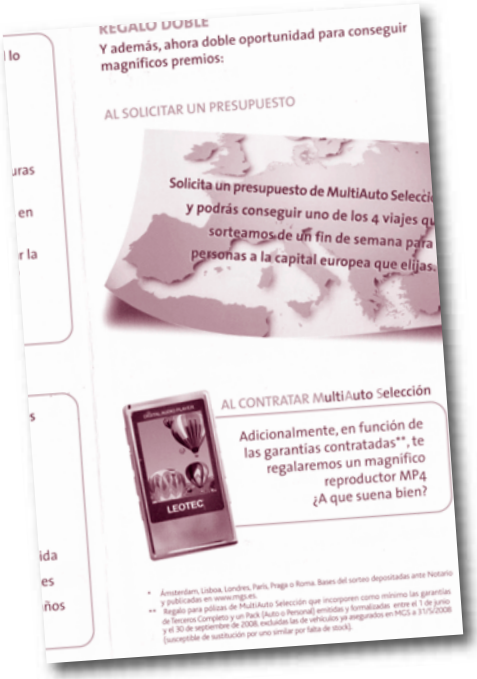
PRODUCTO: MULTIAUTO SELECCIÓN

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Nos ofrecen amplias coberturas con total flexibilidad.
- Bonificaciones para los buenos conductores
- Al solicitar el presupuesto entraremos en un sorteo de 4 viajes.
- Y al contratar la póliza nos regalan un reproductor MP3

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Nos ofrecen dos modalidades de seguro Auto Pack y Personal Pack sin determinar las coberturas que corresponden a cada uno.
- No nos informan de los capitales máximos a indemnizar ni las exclusiones.
- Al solicitar el presupuesto para entrar en el sorteo nos piden los datos personales y entramos en la base de datos de la compañía quedando expuestos a recibir llamadas y publicidad.
- El regalo ofertado del reproductor MP4 queda condicionado al período promocional y en letra pequeña podemos observar que se obtiene contratando como mínimo la garantía a Terceros Completo y un Pack (Auto o personal) y quedan excluidos los vehículos ya asegurados en MGS.



AFECTA AL CONSUMIDOR:

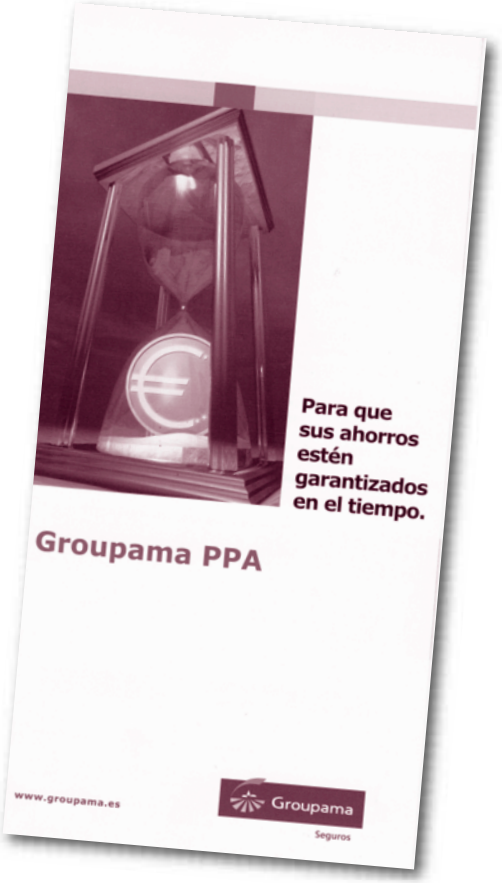
- "*Importante descuento en el seguro al instalar DETECTOR, dispositivo de recuperación de vehículo*" lo que implica para el conductor la instalación de un aparato electrónico en el vehículo a través del cual podrá disfrutar de descuentos en el precio de la garantía de robo. Pero debemos saber que la compañía puede conocer nuestros movimiento, horario de conducción, velocidad así como recorridos habituales. ¿Estamos dispuestos a perder nuestra intimidad para conseguir una reducción en el precio de la prima?
- La obtención de regalos al contratar la póliza es una práctica habitual de las compañías, pero debemos ser conscientes de las necesidades reales y no dejarnos atraer por atractivos productos promocionales.
- La bonificación para los buenos conductores es una estrategia de fidelización de las compañías para los "buenos clientes", aquellos que pagan religiosamente la prima del seguro sin causar siniestros y por tanto gasto para la compañía. Por ello debemos olvidarnos de dichas bonificaciones y comparar compañías: precios, coberturas y servicios prestados.

ENTIDAD: GROUPAMA

PRODUCTO: PPA

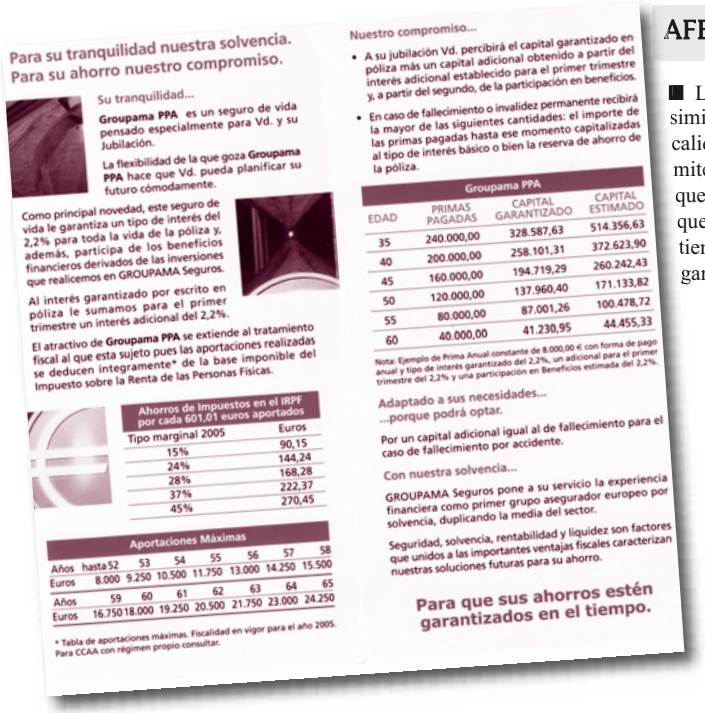
LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Seguro de vida dirigido a la jubilación
- Ofrece seguridad, solvencia, rentabilidad y liquidez
- Garantiza un tipo de interés del 2,2%
- Nos aportan varias tablas detallando las aportaciones máximas, una simulación del producto y el tratamiento fiscal.



LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Nos dicen que se trata de un producto seguro rentable y líquido. Pero, ¿cómo nos pueden decir que es un producto líquido? Los PPA son totalmente ilíquidos puesto que solamente podremos disponer de la prestación en el momento de jubilación u otras contingencias como son invalidez permanente, fallecimiento, desempleo de larga duración.
- El capital acumulado en un Plan de Previsión Asegurado puede ser traspasado únicamente a otro Plan de Previsión Asegurado, según la normativa vigente para este tipo de productos. En ningún caso se contemplan los traspasos entre un Plan de Pensiones y un Plan de Previsión Asegurado o al revés.



Para su tranquilidad nuestra solvencia.
Para su ahorro nuestro compromiso.

Su tranquilidad...

Groupama PPA es un seguro de vida pensado especialmente para Vd. y su Jubilación.

La flexibilidad de la que goza **Groupama PPA** hace que Vd. pueda planificar su futuro cómodamente.

Como principal novedad, este seguro de vida le garantiza un tipo de interés del 2,2% para toda la vida de la póliza y, además, participa de los beneficios financieros derivados de las inversiones que realicemos en GROUPAMA Seguros.

Al interés garantizado por escrito en póliza le sumamos para el primer trimestre un interés adicional del 2,2%.

El atractivo de **Groupama PPA** se extiende al tratamiento fiscal al que esta sujeto pues las aportaciones realizadas se deducen íntegramente* de la base imponible del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Ahorros de Impuestos en el IRPF por cada 601,01 euros aportados	
Tipo marginal 2005	Euros
15%	90,15
24%	144,24
28%	168,28
37%	222,37
45%	270,45

Aportaciones Máximas							
Años	hasta 52	53	54	55	56	57	58
Euros	8.000	9.250	10.500	11.750	13.000	14.250	15.500
Años	59	60	61	62	63	64	65
Euros	16.750	18.000	19.250	20.500	21.750	23.000	24.250

* Tabla de aportaciones máximas. Fiscalidad en vigor para el año 2005. Para CCAA con régimen propio consultar.

Nuestro compromiso...

- A su jubilación Vd. percibirá el capital garantizado en póliza más un capital adicional obtenido a partir del interés adicional establecido para el primer trimestre y, a partir del segundo, de la participación en beneficios.
- En caso de fallecimiento o invalidez permanente recibirá la mayor de las siguientes cantidades: el importe de las primas pagadas hasta ese momento capitalizadas al tipo de interés básico o bien la reserva de ahorro de la póliza.

Groupama PPA			
EDAD	PRIMAS PAGADAS	CAPITAL GARANTIZADO	CAPITAL ESTIMADO
35	240.000,00	328.587,63	514.356,63
40	200.000,00	258.101,31	372.623,90
45	160.000,00	194.719,29	260.242,43
50	120.000,00	137.960,40	171.133,82
55	80.000,00	87.001,26	100.478,72
60	40.000,00	41.230,95	44.455,33

Nota: Ejemplo de Prima Anual constante de 8.000,00 € con forma de pago anual y tipo de interés garantizado del 2,2%, un adicional para el primer trimestre del 2,2% y una participación en Beneficios estimada del 2,2%.

Adaptado a sus necesidades...
...porque podrá optar.

Por un capital adicional igual al de fallecimiento para el caso de fallecimiento por accidente.

Con nuestra solvencia...

GROUPAMA Seguros pone a su servicio la experiencia financiera como primer grupo asegurador europeo por solvencia, duplicando la media del sector.

Seguridad, solvencia, rentabilidad y liquidez son factores que unidos a las importantes ventajas fiscales caracterizan nuestras soluciones futuras para su ahorro.

Para que sus ahorros estén garantizados en el tiempo.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Los Planes de Previsión Asegurados (PPA) son similares a los planes de pensiones en cuanto a fiscalidad, liquidez, contingencias, prestaciones y límites de aportación. Debemos ser conscientes de que es un producto destinado a la jubilación y del que no podremos disponer en un largo período de tiempo y que ofrece una rentabilidad asegurada y garantizada.

ENTIDAD: MAPFRE

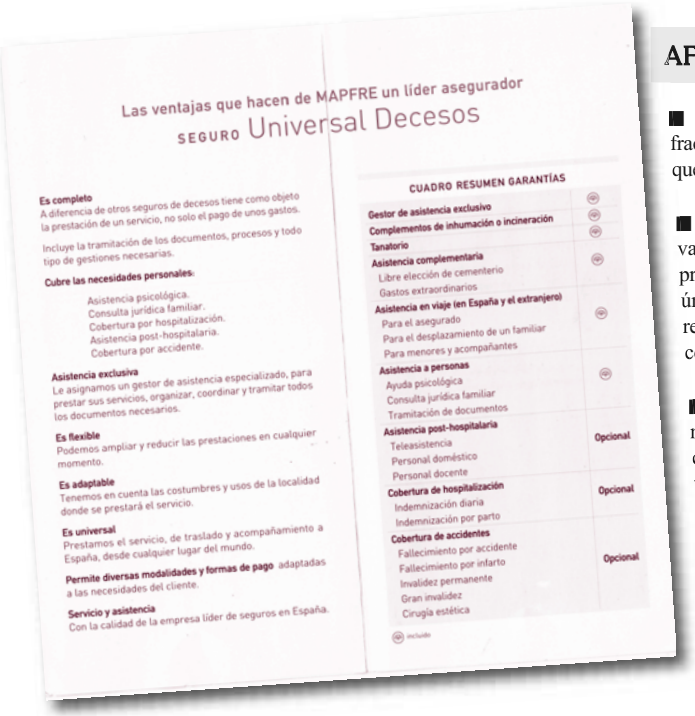
PRODUCTO: UNIVERSAL DECESOS

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- La publicidad utiliza como elemento diferenciador la comodidad en la tramitación y prestación de servicios. Se ocupan de todos los trámites para facilitar la preparación del sepelio.
- Se ofrecen múltiples coberturas mediante un cuadro que las desglosa.
- Permite elegir entre diversas modalidades y formas de pago.
- Se ofrecen coberturas opcionales

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- Nos dicen "Permite diversas modalidades y formas de pago adaptadas a las necesidades del cliente" pero, en la publicidad no aparecen elementos económicos así como tampoco se habla de los gastos máximos que quedan cubiertos por la póliza.
- Tampoco se especifica la distancia de traslado que queda cubierta.



Las ventajas que hacen de MAPFRE un líder asegurador

SEGURO Universal Decesos

Es completo
A diferencia de otros seguros de decesos tiene como objeto la prestación de un servicio, no solo el pago de unos gastos.

Incluye la tramitación de los documentos, procesos y todo tipo de gestiones necesarias.

Cubre las necesidades personales:
Asistencia psicológica.
Consulta jurídica familiar.
Cobertura por hospitalización.
Asistencia post-hospitalaria.
Cobertura por accidente.

Asistencia exclusiva
Le asignamos un gestor de asistencia especializado, para prestar sus servicios, organizar, coordinar y tramitar todos los documentos necesarios.

Es flexible
Podemos ampliar y reducir las prestaciones en cualquier momento.

Es adaptable
Tenemos en cuenta las costumbres y usos de la localidad donde se prestará el servicio.

Es universal
Prestamos el servicio, de traslado y acompañamiento a España, desde cualquier lugar del mundo.

Permite diversas modalidades y formas de pago adaptadas a las necesidades del cliente.

Servicio y asistencia
Con la calidad de la empresa líder de seguros en España.

CUADRO RESUMEN GARANTÍAS

Gestor de asistencia exclusivo	●
Complementos de inhumación o incineración	●
Tanatorio	●
Asistencia complementaria	
Libre elección de cementerio	●
Gastos extraordinarios	
Asistencia en viaje (en España y el extranjero)	
Para el asegurado	●
Para el desplazamiento de un familiar	
Para menores y acompañantes	
Asistencia a personas	
Ayuda psicológica	●
Consulta jurídica familiar	
Tramitación de documentos	
Asistencia post-hospitalaria	
Teleasistencia	Opcional
Personal doméstico	
Personal docente	
Cobertura de hospitalización	
Indemnización diaria	Opcional
Indemnización por parto	
Cobertura de accidentes	
Fallecimiento por accidente	
Fallecimiento por infarto	Opcional
Invalidez permanente	
Gran invalidez	
Cirugía estética	

● incluido

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Se destaca la facilidad de pago, permitiendo fraccionar el pago de las primas pero debemos saber que supondrá finalmente pagar un mayor importe.

- El Seguro Universal de Decesos de Mapfre posee varias modalidades: Estándar con pago de una prima anual (pudiendo ser fraccionada), prima única, pago a cinco años y pago hasta los 65. Deberemos solicitar un presupuesto a la aseguradora y comparar precios y coberturas.

- También es importante solicitar las condiciones particulares y generales del seguro antes de contratar para conocer con exactitud los supuestos exentos, capitales máximos y coberturas del seguro.

ENTIDAD: BANCO SANTANDER

PRODUCTO: SEGURO HOGAR RED

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Excelentes garantías con mínimas exclusiones y un amplio límite económico de coberturas
- Soluciones rápidas al problema
- Un único interlocutor se hará cargo del siniestro
- Facilidades de contratación de forma telefónica o personalmente en cualquier oficina del Santander.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- "*Un seguro con mínimas exclusiones y con un amplio límite económico de coberturas*", pero en el folleto no se citan las coberturas ni si quiera a modo orientativo, por lo que no sabemos si por ejemplo los daños causados por agua, la responsabilidad civil o la asistencia jurídica están cubiertos por la póliza. Así mismo tampoco se informa de los límites a indemnizar ni de los supuestos excluidos del seguro, como son la localización del objeto dañado o la forma en que se ha producido el daño.
- "*Si no cumplimos con nuestro compromiso de calidad , abonaremos al cliente una compensación equivalente al importe total de la prima anual de su seguro.*" Se trata de un reclamo publicitario puesto que si nos fijamos en la letra pequeña se imponen fuertes restricciones de cumplimiento.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- No debemos dejarnos llevar por los reclamos publicitarios, como en este caso donde se ofrece la devolución de la prima si no se cumplen los plazos, sino fijarse en los aspectos fundamentales del seguro.

- Deberemos recibir las condiciones generales y particulares antes de contratar el seguro ya que la publicidad deja muchos vacíos. Así evitaremos sorpresas después de un siniestro.

- Las compañías nos inducen a comprar productos que quizás no necesitamos, creando necesidades de las que podríamos prescindir. La vivienda es un elemento transcendental y debemos ser conscientes de lo que podremos necesitar en el futuro, si se trata de la vivienda habitual, si es una vivienda antigua o el valor del equipamiento que contiene.

ENTIDAD: LA CAIXA

PRODUCTO: SEGUROS PARA LA VIVIENDA

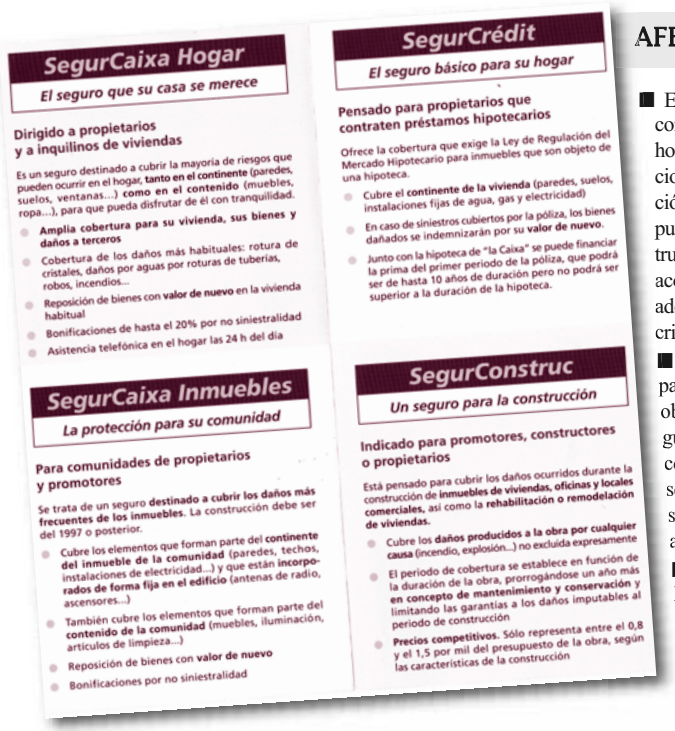
LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

■ Nos ofrecen cuatro modalidades de seguro para la vivienda: SegurCaixa hogar, segurCaixa Inmuebles (dirigido a comunidades), SegurCrédit (para préstamos hipotecarios) y segurConstruc (para promotores y constructores).

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

■ El folleto explica de forma muy breve las cuatro modalidades de seguro sin dar datos económicos ni capitales máximos a indemnizar por lo que la información es insuficiente y deberemos solicitar un presupuesto en la entidad financiera dejando previamente nuestros datos personales.

PUBLICIDAD



SegurCaixa Hogar

El seguro que su casa se merece

Dirigido a propietarios y a inquilinos de viviendas

Es un seguro destinado a cubrir la mayoría de riesgos que pueden ocurrir en el hogar, **tanto en el continente** (paredes, suelos, ventanas...) **como en el contenido** (muebles, ropa...), para que pueda disfrutar de él con tranquilidad.

- **Amplia cobertura para su vivienda, sus bienes y daños a terceros**
- Cobertura de los daños más habituales: rotura de cristales, daños por aguas por roturas de tuberías, robos, incendios...
- Reposición de bienes con **valor de nuevo** en la vivienda habitual
- Bonificaciones de hasta el 20% por no siniestralidad
- Asistencia telefónica en el hogar las 24 h del día

SegurCrédit

El seguro básico para su hogar

Pensado para propietarios que contraten préstamos hipotecarios

Ofrece la cobertura que exige la Ley de Regulación del Mercado Hipotecario para inmuebles que son objeto de una hipoteca.

- Cubre el **continente de la vivienda** (paredes, suelos, instalaciones fijas de agua, gas y electricidad)
- En caso de siniestros cubiertos por la póliza, los bienes dañados se indemnizarán por su **valor de nuevo**.
- Junto con la hipoteca de "la Caixa" se puede financiar la prima del primer periodo de la póliza, que podrá ser de hasta 10 años de duración pero no podrá ser superior a la duración de la hipoteca.

SegurCaixa Inmuebles

La protección para su comunidad

Para comunidades de propietarios y promotores

Se trata de un seguro **destinado a cubrir los daños más frecuentes de los inmuebles**. La construcción debe ser del 1997 o posterior.

- Cubre los elementos que forman parte del **continente del inmueble de la comunidad** (paredes, techos, instalaciones de electricidad...) y que están **incorporados de forma fija en el edificio** (antenas de radio, ascensores...)
- También cubre los elementos que forman parte del **contenido de la comunidad** (muebles, iluminación, artículos de limpieza...)
- Reposición de bienes con **valor de nuevo**
- Bonificaciones por no siniestralidad

SegurConstruc

Un seguro para la construcción

Indicado para promotores, constructores o propietarios

Está pensado para cubrir los daños ocurridos durante la construcción de **inmuebles de viviendas, oficinas y locales comerciales**, así como la **rehabilitación o remodelación de viviendas**.

- Cubre los **daños producidos a la obra por cualquier causa** (incendio, explosión...) no excluida expresamente
- El periodo de cobertura se establece en función de la duración de la obra, prorrogándose un año más **en concepto de mantenimiento y conservación** y limitando las garantías a los daños imputables al periodo de construcción
- **Precios competitivos.** Sólo representa entre el 0,8 y el 1,5 por mil del presupuesto de la obra, según las características de la construcción

AFECTA AL CONSUMIDOR:

■ En cuanto al Segurcrédit "pensado para propietarios que contraten préstamos hipotecarios" debemos saber que a la hora de contratar la hipoteca muchos bancos y cajas condicionan la concesión o la rebaja del diferencial a la adquisición de un seguro de hogar. El único seguro mínimo que pueden exigirle es el de incendio que cubre el valor de construcción de la vivienda, pero no el suelo ni el contenido. Le aconsejamos contratar el seguro de hogar sólo si le interesa y además podrá elegir la compañía aseguradora donde lo suscriba no siendo necesariamente la misma entidad financiera.

■ Por otro lado nos presentan el SegurConstruc "indicado para promotores, constructores o propietarios". La ley obliga al promotor a formalizar un aval bancario o un seguro para garantizar la devolución de las cantidades de los compradores y en caso de que la construcción no finalice, se devolverá el dinero a las familias. Pero, en ocasiones no se formalizan o se caducan por lo que deberemos estar atentos a la hora de firmar la compra de la vivienda.

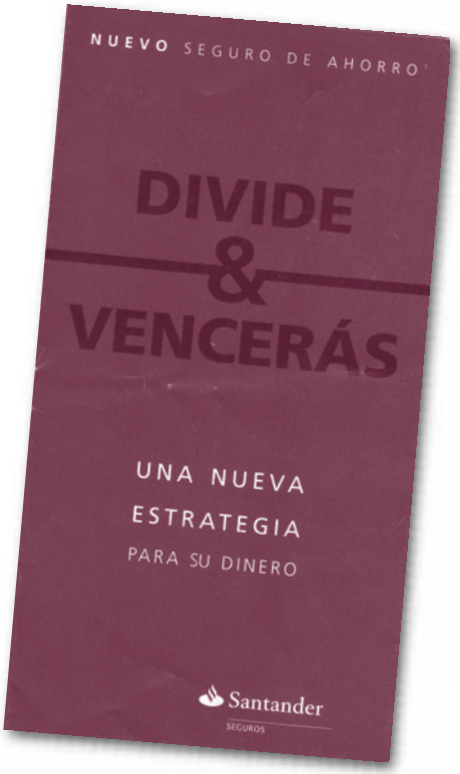
■ "*Seguro para su comunidad cubre las zonas comunes*". Es importante conocer bien todas las coberturas del este seguro antes de contratar la póliza para su hogar ya que podrá estar asegurando dos veces el mismo bien.

NTANDER

'ENCERÁS

. FOLLETO

de las primas paga-
l otro 50% del ca-
la evolución de



EL FOLLETO:

ado que ofrece dos
'erentes.

ntaje del 8% de-
es índices donde se
nta fija y renta va-
ará siempre que la
l tercer año. Tal y
ien apuesta a que
quedará el 8%?

a del tipo de inte-
e máximo que po-
ación habrá que

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Se trata de un producto complejo que trata de atraernos con un tipo de interés del 8% vinculado a una serie de índices que difícilmente alcanzarán un incremento del 24%.
- Por otro lado, supone que el 50% de nuestra inversión va a estar comprometida durante 2 años y el otro 50% durante tres años como mínimo sin tener una rentabilidad garantizada.
- Al tratarse de un seguro de vida tiene una cobertura de fallecimiento de la que no se hace referencia en el folleto.

ENTIDAD: SANTANDER

PRODUCTO: PLANES DE PENSIONES

LO QUE ES APARENTE EN EL FOLLETO PARA EL CONSUMIDOR:

- Nos ofrecen solidez, seguridad, tranquilidad y sencillez.
- Dos modalidades del plan garantizado: "Plan Santander Inflación Pensiones", a través del cual obtendremos dentro de seis años el capital más la revalorización del IPC de la zona Euro y el "Plan Santander Protección Anual".
- Además se ofrecen regalos para las aportaciones y traspasos en función de la cuantía económica.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL FOLLETO:

- El Plan Santander Inflación Pensiones nos ofrece dentro de seis años el 100% del capital invertido más el importe de la revalorización del IPC, pero ¿qué pasaría si queremos traspasar nuestro plan de pensiones antes de los seis años?, ¿nos penalizarían en este caso? La publicidad no nos informa de la penalización sufrida si queremos traspasar los fondos a otra entidad o si podremos realizar dicha operación.
- El Plan Santander Protección Anual se trata de un producto dirigido a perfiles conservadores que nos ofrece una rentabilidad mínima pero en la publicidad se omite este dato de gran relevancia, cual es la rentabilidad de la que nos están hablando.

AFECTA AL CONSUMIDOR:

- Nos ofrecen regalos en función de la cuantía económica que traspasemos de otra entidad financiera pero deberemos tener en cuenta que para disfrutar de estos regalos tendremos un compromiso de permanencia durante un periodo de tiempo y si decidimos sacarlo antes nos cobrarán una penalización.
- No se deje maravillar por los regalos y tenga en cuenta que las compañías mantienen una intensa batalla por captar nuevos clientes.
- Tenga en cuenta el precio real del producto regalado y verifique su valor de mercado
- Las comisiones que conllevan la suscripción y gestión de los planes tienen un fuerte impacto en la rentabilidad final de la inversión. Una diferencia de un 1% en las comisiones puede añadir o restar miles de euros a la pensión del consumidor.

B) VALORACIÓN SOBRE LA PUBLICIDAD EN FOLLETOS

Lenguaje utilizado

Según la regulación actual (Ley general de Publicidad y legislación sobre seguros (Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados art. 111)) las entidades aseguradoras deben emplear un lenguaje sencillo, directo y adaptado a los clientes. Como podemos observar, en los folletos se utiliza un lenguaje técnico y complejo que no permite al lector entender las condiciones y hay que tener verdaderos conocimientos sobre la materia para comprenderlos. Por tanto el tomador realmente no sabe lo que esta contratando. Con términos como "*capital a primer riesgo*" hace que algunas características sean incomprensibles para el potencial comprador.

Otro de los términos utilizado que se hace incomprensible es "*capital a vencimiento*"que podemos ver en el seguro "*Divide y venceras*" del Banco Santander. Un seguro complejo al que de poco se ayuda en la publicidad para que el consumidor conozca su funcionamiento mediante el uso de palabras enrevesadas.

Asimismo, en los productos de ahorro se utilizan explicaciones farragosas para hacer una idea al consumidor de que todo son ventajas y que se obtendrán grandes beneficios. En el folleto de Groupama PPA, tratan de explicarnos la rentabilidad a través de esta frase: "*A su jubilación Vd. percibirá el capital garantizado en póliza más un capital adicional obtenido a partir del interés adicional establecido para el primer trimestre y, a partir del segundo, de la participación en beneficios*" algo que deja al consumidor como estaba y que no tiene más remedio que consultar con la compañía.

En ocasiones, también se utilizan cuadros explicativos como en "*Accumulator Selección*" de AXA Winterthur, se trata de un Unit Linked dirigido a inversores con elevados conocimientos en la materia, cuyo folleto nos muestra que se trata de un producto seguro en el que las pérdidas se compensan. Se esta omitiendo el hecho de que si cancelamos el seguro antes de los 5 años podemos incurrir en importantes pérdidas.

Los elementos del seguro

Períodos de carencia

Se omite información relevante sobre los periodos de carencia (plazos de tiempo que el seguro no cubre al consumidor). Esta condición suele darse en los seguros de asistencia sanitaria de forma bastante frecuente, con la finalidad fundamental de evitar el uso de sus servicios, ya que una persona con muchas probabilidades de enfermar no es el cliente ideal. Con generalidad los periodos de carencia son de 6 meses para embarazo y parto y de 10 meses para intervenciones quirúrjicas, hospitalizaciones y tratamientos especiales, pudiendo suponer para el cliente que no queden cubiertos los servicios por los que esta pagando.

Por ejemplo, en el folleto de "Medifiatc" de Fiatc nos indican: "*Si proviene de otra entidad, consúltenos sobre la eliminación de carencias*", pero en ningún momento nos especifican la existencia de estas carencias en caso de darte de alta como cliente nuevo, sin estar asegurado previamente en otra entidad.

Otro ejemplo donde no se nos informa de los periodos de carencia (periodos no asegurados) es el "DKV Mundisalud" donde se remaracán todas las ventajas pero se olvidan de decirnos elementos de gran importancia que pueden suponer no quedar cubiertos por el seguro.

Coberturas

Las aseguradoras tratan de centrar nuestra atención enumerando listas interminables de coberturas del seguro, sin dar detalles, ni capitales máximos a indemnizar, así como tampoco explican la forma en que el bien es repuesto. Además dichas coberturas son descritas con un lenguaje complejo e incomprensible para el consumidor. Por lo que debemos comparar las propuestas de varias compañías seleccionando el seguro más barato que nos ofrezca las mismas coberturas.

Como ejemplo ilustrativo tenemos el "*Seguro Combinado Hogar*" de Santalucia donde se mencionan un repertorio de coberturas sin especificar si van dentro de alguna modalidad ni se determinan detalles económicos.

Otro ejemplo es el folleto de "Seguro de Automóvil Millenium" de Catalana Occidente donde se centran en enumerar las coberturas de las distintas modalidades que podemos elegir dando sensación de flexibilidad sin aclararnos ningún concepto.

Rentabilidad garantizada

Las compañías de seguros en sus productos de ahorro-inversión ofrecen una rentabilidad garantizada pero la información que se muestra en los folletos publicitarios no permite conocer con exactitud los rendimientos de dichos productos. Son continuas las alusiones a la posibilidad de obtener un rendimiento desde el momento inicial: "*Desde el primer momento obtendrá rendimiento para su dinero*" en el folleto de Allianz de "*Plan Individual de Ahorro Sistemático*" sin tener en cuenta que para sacar el dinero ingresado de forma anticipada se cobra una **comisión bastante alta de la que no se informa al suscriptor del seguro. Esta frase**

puede inducir a confusión ya que le impondrán una penalización durante el primer año de la póliza siendo el valor de rescate será del 97% del saldo acumulado.

Otro ejemplo lo encontramos en el folleto de Santalucía en "*Mi primer ahorro*" donde nos dicen lo siguiente :"*Un seguro que te ofrece un interés garantizado de principio a fin con toda garantía y máxima liquidez*", pero en ningún caso se informa de cual es este tipo de interés, silenciando este dato de gran importancia. Y, por tanto, deberemos remitirnos a las condiciones generales del contrato para conocer la rentabilidad.

Supuestos excluidos

Se omite información relevante acerca de los supuestos excluidos. La publicidad silencia la existencia de numerosas exclusiones, como son determinado tipo de accidentes y la zona geográfica donde se produzcan. Quedando de esta forma el asegurado desprotegido frente a gran cantidad de imprevistos de los que no se tenía conocimiento. Lo que supone que la publicidad se puede considerar engañosa por omisión, debido a que se silencian datos fundamentales pudiendo inducir a error a los destinatarios.

Por otro lado, la proliferación de los seguros sobre retirada de carnet de conducir se ve reflejada en la publicidad de las aseguradoras. Debido a la complejidad del asunto, la publicidad sobre estos productos no es muy detallada. Nos informan a cerca del subsidio mensual que podemos recibir en caso de imprudencia, culpa y negligencia no quedando muy claro si están cubiertos los casos de retirada de permiso causado por alcoholemia, exceso de velocidad, conducción temeraria, infracción muy grave, etc.

Por ejemplo, nos encontramos con el folleto de Fiatc: "*Seguro de retirada del permiso de conducir*" donde la información que refleja la aseguradora es muy superficial y se omiten los supuestos que quedan excluidos siendo esta modalidad un seguro con muchas limitaciones.

En el folleto de "*Seguro Hogar Red*" del Santander nos dice lo siguiente: "*Un seguro con mínimas exclusiones y con un amplio límite económico de coberturas*", pero en la publicidad no se citan las coberturas ni siquiera a modo orientativo. Asi mismo tampoco se informa de los supuestos excluidos del seguro, como son la localización del objeto dañado o la forma en que se ha producido el daño. Por lo que deberá acudir a las condiciones del seguro donde las cláusulas son ambiguas y descritas en un lenguaje muy técnico.

Primas y forma de pago

La información económica en los folletos publicitarios es escasa debido a la multitud de variables que afectan a la contratación de un seguro. Aún así cuando se nos muestran datos económicos se trata de cifras muy optimistas ya que nos muestran condiciones excepcionales y en el mejor de los casos. Mientras que a través de un pie de página en letra casi ilegible podemos leer: "*calculado para mujer de 35 años y con descuento campaña del 10% aplicado*" y, además de esto, se trata de la prima más barata de todo el año como en el seguro "*VidaCaixa*" de la CAIXA.

También se ofrece flexibilidad de pago dando la posibilidad al consumidor de fraccionar el pago de la prima en cómodos plazos obviando el hecho de que supone un recargo en la cuantía económica que deberemos pagar a lo largo del año. Como es el caso de "SegurCaixa Auto" de la CAIXA donde nos dicen: "*Te permite pagar cómodamente la prima del seguro*" pero sin informarnos de que supondrá mayores gastos.

Letra pequeña

Por otro lado también es común que aparezca un pie de página en letra de dimensiones reducidas y en un color grisáceo que no permite su lectura en el que pone: "*Este folleto cumple una función orientativa y en ningún caso puede considerarse éste como definidor de las garantías contratadas ni de sus límites*" como es el caso del seguro de "Decesos" de Norte Hispania". Es decir, nos remite a la póliza para conocer las condiciones del posible contrato.

Otro ejemplo lo podemos ver en el folleto de "*Seguro del Automóvil Millenium*" de Catalana Occidente, donde nos dicen lo siguiente: "*Estas coberturas y su alcance se regirán por lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza*".

Un ejemplo más, aunque sea práctica habitual y podamos verlo en lla mayoría de folletos, lo tenemos en el seguro: "*PH automóviles*" de Patria Hispana donde también en letra pequeña se indica: "*El contenido del folleto es orientativo, quedando sujeto a lo dispuesto en el condicionado de la póliza*".

Además, son continuos los subíndices que terminan por desesperar al lector y finalmente opta por no leer dichas condiciones.

Márketing

Solicitudes

La publicidad que presentan las compañías aseguradoras en ocasiones va acompañada de una solicitud en la que debemos escribir nuestros datos personales con la finalidad de recibir más información a cerca del seguro e incluso podemos contratarlo a distancia.

Por lo que para ampliar la información que tenemos del seguro, debemos aceptar la política de privacidad, quedando expuestos a recibir llamadas telefónicas, e-mails e incluso cartas, ya que quedamos registrados en una base de datos a la que tienen acceso otras compañías.

Por ejemplo, FIATC en su folleto de "*Medifiatc*" nos adjunta un formulario para recibir más información sobre sus productos donde nos preguntan todos los datos de contacto.

La misma compañía nos adjunta en su *"Seguro de Retirada del Permiso de Conducir*" una solicitud donde no se preguntan datos necesarios para el cálculo de nuestro presupuesto como es el número de puntos que tenemos en vigor .

Otro ejemplo sería el caso de la Caixa en su folleto de: "*SegurCaixa Auto*" donde también nos ofrecen la posibilidad de solicitar información previa cesión de datos personales de esta forma quedamos registrados para posibles campañas comerciales de la compañía.

Descuentos en servicios adicionales

Nos presentan "interesantes" descuentos en servicios adicionales, como una ventaja más pero realmente se trata de una estrategia de marketing para fidelizar al cliente y que adquiera productos complementarios.

Asimismo, se ofrecen beneficios por ser cliente como en "*Zurich Hogar*" donde nos dicen: "*Por el sólo hecho de ser cliente de Zurich, usted y su familia podrán beneficiarse de importantes ventajas y descuentos en: Viajes, Hoteles, Vehículos de alquiler...*"

Líneas de atención al cliente 902

Coste intermedio entre la llamada local y la llamada provincial. En un principio este servicio se usaba para que las personas que llamaban a la empresa desde fuera de la provincia, pagaran algo más que la llamada local pero no tanto como la llamada interprovincial. También suponía un número único e identificable para ofrecer un servicio de atención al cliente aunque los teléfonos fijos de la empresa pudieran cambiar. Actualmente las empresas que contratan este servicio es para llevarse un porcentaje del coste de la llamada (similar a los números de tarificación adicional).

La compañía Norte Hispana en su folleto: "*Decesos*" nos ofrece la posibilidad de solicitar más información así como contratar el producto mediante una línea 902 sin informar del coste de la llamada, que es mayor que las líneas convencionales, una práctica normalizada entre todas las compañías.

También podemos observar esta práctica en el seguro: "*Zurich lunas*" de Zurich, donde nos dicen: "*Al menor impacto de cristales de su automóvil, llámenos al 902...*", es decir que debemos comunicarnos con la compañía tanto para la solicitud de información, consultas y comunicación de siniestros a través de líneas 902.

Regalos

La publicidad nos muestra interesantes regalos al suscribir la póliza, pero no debemos dejarnos fascinar por lo que vemos: videoconsolas, joyas, relojes, cuberterías... pueden salirnos muy caros. Podemos ver a menudo estos regalos en planes de pensiones, que a pesar de la iliquidez que presentan, se pueden traspasar con facilidad de una entidad a otra. Por lo que las compañías compiten agresivamente para captar fondos e intensifican las promociones con estos regalos.

Los expertos recomiendan no dejarse llevar por los reclamos publicitarios, sino fijarse en las expectativas de rentabilidad de los planes y en sus comisiones, entre otros aspectos. También aparecen regalos en los seguros de automóvil ofreciéndonos gasolina gratis durante un periodo de tiempo, mientras que para disfrutar de este regalo hay que cumplir una serie de estrictos requisitos de los cuales nos informan con un pie de página en letras ilegibles, por lo que es necesario acudir a varias entidades y comparar coberturas y precios y no dejarse influenciar por reclamos.

Por ejemplo, el "*Plan de Pensiones*" de Barclays nos ofrece regalos si realizamos traspasos de planes de pensiones de otra entidad o nuevas aportacioneses, pero para poder disfrutar de tu regalo el plan de pensiones **deberá ser mantenido al menos durante un año** en Barclays. Si no se cumple esta permanencia, se producirá un cargo en la cuenta por el importe del regalo. Nada es gratis, el partícipe acaba pagando los regalos que recibe bien teniendo bloqueado su dinero durante un tiempo, bien abonando comisiones más altas o bien asumiendo un riesgo que no es el adecuado.

Otra modalidad de regalo, es la de tener acceso a un producto financiero en condiciones especiales como se trata del "*Depósito Opción 7*" de la Caixa donde podremos contratar un depósito a un año al 7% TAE contratando el plan de pensiones PlanCaixa Opción 7. Por lo que aunque el nombre comercial Depósito Opción 7 pueda confundirnos, la Caixa trata de vendernos un Plan de Pensiones de tapadillo. Lo que supondrá que el consumidor para "*beneficiarse*" de dicho regalo deberá mantener retenidos sus ahorros además de en un plan de pensiones en un depósito a un año.

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

Objetivos:

- Detectar en la publicidad de compañías aseguradoras los elementos o características que destacan en sus productos y las que ocultan o eluden.

- Informar al consumidor, tras el análisis, tanto de la publicidad del producto como de sus condiciones reales, de los peligros de informarse sólo con publicidad y de las consecuencias que puede tener.

- Poner de manifiesto las irregularidades existentes en la publicidad de las compañías, de los controles inexistentes por parte de los organismos públicos competentes en materia de seguros y la necesidad de estos controles, vistos los problemas anteriormente expuestos.

Metodología:

- Análisis de la publicidad de las compañías aseguradoras en internet, tanto de anuncios colocados en páginas web como los "banners" (ventanas emergentes), así como correos electrónicos recibidos como "spam".

Ámbito de análisis:

Páginas web visitadas con frecuencia tanto de prensa digital, entretenimiento, deportes, etc.

MODELO DE FICHA
UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS

ENTIDAD:

PRODUCTO:

LO QUE ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

Informaciones que se muestran de forma clara y directa al consumidor.

LO QUE NO ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

Aspectos que bien directa o indirectamente no resultan claros para el consumidor.

Valoración:

Cuestiones a tener en cuenta por el consumidor para comprender de forma eficaz las condiciones del crédito.

Fichas de análisis de la publicidad de seguros en páginas web

ENTIDAD: BALUMBA

PRODUCTO:
SEGURO DE COCHE

LO QUE ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

■ Balumba nos muestra en su página web un anuncio que ocupa la mayor parte de la pantalla con una figura famosa. Utilizan este personaje conocido como reclamo para darnos confianza.
■ A través de una imagen estática aparece Perico Delgado con su maillot amarillo con aspecto de tranquilidad.
■ En unas letras mayúsculas nos incitan a que calculemos nosotros mismos el presupuesto de nuestro seguro de automóvil.
■ Al pinchar en el anuncio enlazamos con una página en la que debemos incorporar nuestros datos personales: nombre y apellidos, DNI, teléfono, dirección de correo electrónico, así como el canal a través del cual hemos conocido la web.

LO QUE NO ES APARENTE EN LA WEB:

■ Para poder continuar con la simulación de nuestro seguro debemos aceptar la política de privacidad con lo que nuestros datos serán incluidos en una base de datos.
■ ¿Es necesario esto para que podamos calcular el coste de nuestro seguro de coche? Es decir, para recibir información de la tarifa del seguro debemos exponernos a recibir emails, llamadas telefónicas, etc.

Valoración:

■ Este anuncio nos ofrece calcular nuestro presupuesto del seguro pero para ello se exigen datos innecesarios e irelevantes como son el DNI, dirección de correo electrónico, teléfono...

■ Aceptar la política de privacidad conlleva que la entidad pueda utilizar nuestros datos personales para análisis e incluso futuras campañas publicitarias por lo que podemos ser expuestos a llamadas telefónicas y emails no deseados. Pero, ¿nuestra información puede ser compartida con otras empresas? Para saberlo es necesario que leamos detenidamente las condiciones a pesar de estar redactadas de forma poco clara e incluso en letra diminuta y grisácea.

■ En este caso nos dicen: "*Te informamos que tus datos de carácter personal han sido incluidos en un fichero titularidad de AICL Sucursal en España y serán tratados para la gestión de tu presupuesto en cumplimiento del contrato, prevención del fraude, estudios estadísticos, selección del riesgo, gestión de los siniestros, la realización de encuestas y adecuación de las ofertas comerciales a tu perfil particular, así como para enviarle, aún después de terminado el contrato, información, publicidad y ofertas comerciales de AICL Sucursal en España, de sus entidades participadas, de entidades del Grupo ADMIRAL o de entidades colaboradoras, relacionadas con productos financieros, aseguradores y del sector automovilístico.* "

■ Por tanto, al aceptar estas condiciones, para obtener información del seguro, estamos autorizando que nuestros datos sean comunicados a otras entidades que pueden tener acceso a ellos.

ENTIDAD: FENIX DIRECTO

PRODUCTO:
SEGURO COCHE

LO QUE ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

■ Fenix Directo a través de un pequeño anuncio en la versión web del diario elpais.com 07/07/2008, nos dice : "TU COCHE A TODO RIESGO DESDE 300EUROS"
■ Este anuncio de pequeñas dimensiones en el que no nos dan ninguna otra información permite enlazar con dicha oferta.
■ Una vez clickamos en la imagen enlazamos con la página web de Fenix Directo donde nos ofrecen calcular el presupuesto de nuestro vehículo.
■ "*Un nuevo concepto de seguro de automóviles destinado a conductores de* ***turismos, todo-terrenos, monovolúmenes y derivados de turismo con matrícula ordinaria española y con el siguiente perfil***:
1. Hombres a partir de 25 y mujeres partir de 18 años, con residencia en España y con carnet válido para conducir en España
2. Utilizan el vehículo exclusivamente para uso particular."

LO QUE NO ES APARENTE EN LA WEB:

■ Si nos introducimos en la web para conocer las condiciones de la póliza, tarifas, etc. de nuevo vuelven a pedir todos los datos de nuestro automóvil: marca y modelo, kilómetros, fecha de adquisición, etc. así como los datos del conductor, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, profesión y fecha de carnet .

■ En este caso no piden nuestra identificación personal, ni nos piden el número de teléfono ni dirección de correo. Por lo que consideramos que el cuestionario que debemos rellenar nos solicita datos necesarios para calcular primas y por consiguiente no se trata de una práctica abusiva.

■ Además la web nos permite conocer las condiciones generales y particulares que son adjuntadas mediante un archivo pdf.

Valoración:

■ Por otro lado aunque podemos encontrar las condiciones generales y particulares del contrato en la web no nos lo ponen muy fácil. La página web se centra más en las imágenes y en incorporar banners y enlaces que llamen la atención.

■ No es sencillo encontrar en la web modalidades, supuestos excluidos, garantías cubiertas, etc.

ENTIDAD: ARAG CIA. INT. SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

PRODUCTO:
SEGURO CARNET POR PUNTOS

LO QUE ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

■ Mediante spam del día 7/07/2008 Adicae recibió publicidad del seguro de carnet por puntos. Se ofrece información sin compromiso clickando en la imagen.

■ Se ofrece 900 euros mensuales por retirada de carnet, 900 euros durante 3 meses en caso de renovación, hasta 500 euros para matrícula y examen de recuperación de carnet, asistencia jurídica 24h, traslado de vehículo y gestión de infracciones y recursos.

■ Una vez pinchamos en la imagen, enlazamos con una página en la que nos solicitan nuestros datos personales: nombre, apellidos, teléfono y edad así como debemos aceptar la política de privacidad.

■ Finalizada la operación se comprometen a enviarnos la información y ponerse en contacto con nosotros.

LO QUE NO ES APARENTE EN LA WEB:

■ Una vez más debemos registrarnos y dar nuestros datos personales para obtener información más detallada a cerca de las primas, coberturas y exenciones.

■ No nos han solicitado información a cerca de nuestro carnet de conducir: número de puntos que nos quedan, así como otros datos de interés para el cálculo, como sería si cogemos el coche a diario, para trabajar, etc.

Valoración:

■ Para solicitar información hemos quedado registrados en su base de datos.

■ No aparecen exclusiones ¿cubre el seguro conductas temerarias, alcohol, drogas, etc.?

■ Por otro lado, nos dicen "infórmate sin compromiso", pero entonces ¿por qué nos piden nuestro número de teléfono? Para poder recibir la información debemos aceptar la política de privacidad en la que podemos leer: "Los datos personales facilitados serán susceptibles de comunicación a otras entidades aseguradoras y organismos públicos relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, de lucha contra el fraude o a efectos de coaseguro o reaseguro del riesgo."

■ Por tanto nuestros datos personales pueden ser comunicados a otras entidades.

ENTIDAD: PELAYO

PRODUCTO:
SEGURO DE HOGAR

LO QUE ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

■ Pelayo nos presenta su seguro de hogar en la página web del marca en un anuncio que encontramos el 17/07/2008 mediante una animación en la que se lee en una secuencia de imágenes: "Elige tu seguro de hogar: complex, tu otra casa, classic, family", "*Y llevate este wok" "Contrata online o llama al 902...*" "*Participa en el sorteo de 5000 euros*"

■ Si clickamos en la imagen podemos enlazar con la página web de Seguros Pelayo.

LO QUE NO ES APARENTE EN LA WEB:

■ Una vez más debemos leer la letra pequeña que limita la promoción durante un periodo de tiempo así como una prima anual mínima de 175 euros en pólizas de pisos, o de 225 euros como mínimo en pólizas de chalets y viviendas unifamiliares, hasta fin de existencias (2.500 unidades)

■ Al contratar tu póliza el HOGAR el importe de la prima supera los 175 euros para pisos y 275 euros para viviendas unifamiliares y chalets, participas en el sorteo 5.000 euros.

■ Debemos contactar con una línea 902 para contratar o solicitar información, con el consiguiente coste, que es mayor que una línea convencional.

Valoración:

■ La publicidad vía web permite a los clientes interactuar con el medio e incluso calcular ellos mismos su propio presupuesto.

■ Este anuncio se utiliza como gancho debido al llamativo regalo "un wok" y un sorteo de 5000 euros que incita al potencial cliente a clickar e introducirse en la web. Sin embargo, dicho regalo es de poco valor y realmente no sale rentable al cliente por lo que debemos tener en cuenta otras características del producto y no dejarnos influenciar por regalos como es el caso.

ENTIDAD: SEGURCAIXA

PRODUCTO:
SEGURCAIXA AUTO

LO QUE ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

■ SegurCaixa en su página web nos presenta un anuncio publicitario a través de una imagen en la que nos ofrecen: "Depósito a 6 meses contratando el SegurCaixa Auto.

■ Pinchando en la imagen enlazamos con dicha promoción: "***Innovación*** *Al contratar un seguro de automóvil* ***SegurCaixa Aut****o tendrás la posibilidad de contratar el* ***Depósito Auto****.[1]", "****Inversión asequible****, A partir de 1.000 euros y hasta un máximo de 10.000 euros por póliza" "****Tranquilidad****, El capital que inviertas en el depósito estará totalmente garantizado. "****A corto plazo****, Rentabilidad del Depósito Auto:* ***un 6% TAE* a 6 meses****.*"

LO QUE NO ES APARENTE EN LA WEB PARA EL CONSUMIDOR:

■ Si nos fijamos en el superíndice y el asterisco y continuamos leyendo la letra pequeña, nos dicen que la información suministrada en el anuncio esta sujeta a la promoción. Hasta ahí bien, pero las condiciones de la promoción se encuentran en catalán. A pesar de que el resto de información aparece en castellano por lo que para el resto de personas que desconozcan dicha lengua estas condiciones son del todo incomprensibles.

Valoración:

■ Las condiciones de la promoción son incomprensibles para el consumidor. Mientras que el resto del anuncio se encuentra en castellano, las condiciones se encuentran escritas de forma integra en catalán. Desconocemos la razón de este hecho, pero esta situación deja en una posición totalmente indefensa al cliente.

III. PUBLICIDAD EN PRENSA ESCRITA

ANÁLISIS Y VALORACIÓN

Objetivos:

- Detectar en la publicidad de compañías aseguradoras los elementos engañosos o que inducen a confusión al consumidor.

- Informar al consumidor, tras un análisis tanto de la publicidad del producto, como de sus condiciones reales, de los peligros de informarse sólo con publicidad y de las consecuencias que puede tener.

- Poner de manifiesto las irregularidades existentes en la publicidad de las compañías, de los controles inexistentes por parte de los organismos públicos competentes en materia de seguros y la necesidad de estos controles, vistos los problemas anteriormente expuestos.

Metodología:

- Se recopilaron anuncios publicitarios en prensa escrita.

Ámbito de estudio:

- Periódicos de tirada nacional generalistas, económicos y gratuitos.

Puntos de recogida de publicidad:

- 11 ciudades españolas

Fecha de recogida de información:

- del 1 de marzo a 11 de noviembre de 2008.

Conclusiones del análisis de la publicidad:

-Características más habituales que practican las compañías a la hora de promocionar sus productos. Por tanto, se trata de plasmar los abusos más frecuentes que dificultan al consumidor a tener una idea verídica y completa del seguro.

Fichas de análisis de la publicidad de seguros en prensa escrita

ENTIDAD: PELAYO

PRODUCTO:
PÓLIZA SIN

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

■ Pelayo nos presenta: La póliza Sin
■ "Si en 2 años no das ningún parte, el tercero te lo regalamos"
■ Nos facilitan el número de teléfono para informarnos y la dirección de la página web.
■ En letra pequeña presentan el periodo de validez de la promoción.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

■ Se imponen fuertes restricciones para gozar de dicha promoción.

■ No debemos tener ningún siniestro durante los dos primeros años de contratación, para que el tercero nos salga "gratis". En dicho cómputo se tendrá en cuenta cualquier declaración de siniestro asociado a la póliza.

■ Solo es válida para la modalidad Todo Riesgo con Franquicia (franquicia desde 180 euros a 900) y llevar incluido el seguro adicional de subsidio mensual de Retirada de Carné de 600 euros en su versión profesional (cubre 36 meses sin carné), tratándose de la modalidad más cara que ofrece Pelayo, una cobertura innecesaria para la mayoría de conductores que incrementa el coste del seguro. Tampoco podremos realizar modificación alguna del riesgo que suponga un incremento superior al 10% del importe de la póliza.

■ Asimismo, tampoco podremos cambiar la modalidad del seguro durante el plazo de los dos años de la promoción.

Valoración:

■ La contratación del seguro supone mantener la póliza con Pelayo durante tres años.

■ Se trata de un producto meramente captador de nuevos clientes ya que la promoción excluye expresamente a los mutualistas de Pelayo que tienen su coche asegurado en la compañía. Y es necesario saber que podremos estar contratando un seguro más caro que no cubre nuestras necesidades específicas.

ENTIDAD: LINEADIRECTA

PRODUCTO:
SEGURO DE COCHE

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

■ Pelayo nos presenta: Tu seguro de coche ¡Mes a mes!
■ Nos facilitan el número de teléfono para informarnos y la dirección de la página web.
■ En letra pequeña e ilegible presentan el periodo de validez de la promoción.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

■ Seguro dirigido a nuevas contrataciones.
■ Seguro con periodicidad anual que permite el pago fraccionado de forma mensual pero con numerosas exclusiones como son que el tomador, propietario y conductor principal sean la misma persona, mayor de 26 años, que haya estado asegurado en los dos últimos años y sin siniestros culpables y que no sean personas jurídicas. Es decir que para beneficiarse de dicha promoción se debe poseer un perfil exacto de lo que la compañía considera un cliente rentable (el que menor gasto puede suponerle).

Valoración:

■ De las exclusiones anteriores que aparecen recogidas en la página web, el pago de la prima de forma mensual tiene otras exclusiones como son determinados modelos de coches e incluso algunas modalidades de seguro (sin franquicia) lo que no permite fraccionar el pago de forma mensual.

■ El pago fraccionado de forma mensual supone un incremento del 10% en la prima total del seguro, suponiendo un elevado coste para el consumidor a lo largo del año. Es decir que si solicitamos un seguro con franquicia a todo riesgo el pago anual será de 506 euros para un varón de 30 años con un utilitario, mientras que el pago fraccionado de forma mensual será de 554 euros para una póliza con las mismas características. Algo muy relevante que en la publicidad se olvidan de comunicarnos.

Fichas de análisis de la publicidad de seguros en prensa escrita

ENTIDAD: ZURICH CONNECT

PRODUCTO:
SEGURO DE COCHE

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

- Seguro de coche por 0,5 euros al día
- Nos facilitan el número de teléfono y dirección de la página web para que contactemos con la compañía

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

- Para solicitar información sobre precios y modalidades de contratación por cualquiera de los medios propuestos en la publicidad nos piden todos los datos personales exponiéndonos a recibir llamadas, cartas, spam, etc.
- Existen 3 modalidades de seguro:
  Terceros
  Terceros + lunas + robo + incendio
  Todo riesgo: sin franquicia o con franquicia de 180, 300, 450, 600, 750 o 900 euros

Nos ofrecen descuentos del 5% pero al contratar un 2º producto de Zurich Connect, pudiendo alcanzar hasta un 10% si contratamos 5 productos Zurich Connect. Es decir que tendríamos que tener contratados 5 productos en la compañía, haga cuentas ¿de veras le puede salir rentable esta promoción?

Valoración:

- A la hora de pedir más información sobre el seguro clicando en un enlace nos preguntan si somos propietarios de la vivienda, algo superfluo para el cálculo de nuestro presupuesto ¿querrán vendernos un seguro de hogar?
- Tampoco se nos informa de las características del seguro como son capitales máximos, coberturas, exenciones y forma de reposición por lo que la publicidad nos suministra una información irrelevante centrada en descuentos en precio.

ENTIDAD: ASISA

PRODUCTO:
ASISTENCIA SANITARIA

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR::

- Cobertura médica a lo largo de toda la vida
- Amplio cuadro médico
- Personal cualificado

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

- No nos informan de las exclusiones ni periodos de carencia (periodos no asegurados)
- Tampoco aparece ningún dato económico ni limitación de días de hospitalización, asistencia en el extranjero, servicio de urgencia, etc.
- Existen varias modalidades de seguro salud, accidentes, hospitalización, dental... por lo que deberemos analizar nuestras necesidades y saber que tipo de servicio queremos en caso de enfermar así como comparar con varías aseguradoras los precios, coberturas y exenciones.

Valoración:

- Se trata de un anuncio corporativo donde la compañía trata de dar una imagen de calidad y seguridad al consumidor sin dar ningún tipo de información relevante.
- Antes de contratar el seguro deberá someterse a un cuestionario de salud en cuanto a las enfermedades preexistentes, determinando de forma exacta sus enfermedades así evitará no quedar asegurado.

Fichas de análisis de la publicidad de seguros en prensa escrita

ENTIDAD: LA CAIXA

PRODUCTO:
CAIXAPROTECT

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

■ Servicio que garantiza la protección de operaciones fraudulentas (no realizadas por el titular) en los entornos de cajeros automáticos, compras con tarjetas y banca electrónica.

■ Nos facilitan la dirección web para acceder a más información.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

■ Tiene un límite máximo de 10.000 euros y exclusivamente nos cubrirán el límite de responsabilidad (generalmente 150 euros) para el caso de uso fraudulento si el cliente tiene una única declaración de robo en los últimos doce meses, por lo que si damos más de un parte al año este límite deberemos pagarlo nosotros.

■ Esa limitación no opera si se comete fraude o negligencia grave. Se considera que un titular se comporta negligentemente si no toma medidas razonables para proteger la tarjeta y el número secreto, o si no avisa, sin tardanza, de la pérdida o robo del documento.

Valoración:

■ La Caixa nos vende como nuevo un producto de protección de tarjetas y banca por internet, algo que se encuentra exigido por ley y por tanto todas las entidades financieras deben cumplir.

■ Por otro lado es conveniente protegernos para reducir los fraudes, disponer de antivirus en nuestro ordenador evitando así la copia de nuestras claves para operar en internet. Asimismo debemos proteger nuestras tarjetas evitando llevar el número PIN encima, mostrando el DNI en las compras, tener el número de teléfono de comunicación de incidencias, etc.

ENTIDAD: ALLIANZ

PRODUCTO:
HOGAR

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

■ Seguro de hogar que responde a sus problemas en caso de siniestro
■ Slogan: "En los momentos decisivos, Allianz Hogar "
■ Nos dan la imagen de seguridad y facilidad en la reparación para que el consumidor se olvide de los problemas ya que la compañía se ocupará de todo.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

■ Existen diferentes modalidades de contratación: estandar, personalizada, Todo Riesgo Daños Materiales Accidentales. Deberemos preveer las necesidades futuras y evaluar los bienes que queremos asegurar.

■ No nos informan de exclusiones, coberturas ni datos económicos por lo que la información aportada por el anuncio es escasa y no permite hacernos una idea de las características del seguro.

Valoración:

■ Deberemos comparar varias compañías en cuanto a precios y coberturas así como tener en cuenta la forma de reposición sea mediante arreglo del bien o el pago de un valor fijado en la póliza.

■ Además si nos ofrecen la modalidad de pago fraccionado hay que saber que se imponen fuertes recargos a la prima del seguro.

ENTIDAD: ALLIANZ

PRODUCTO:
PENSIONES

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

- Pensión 100% asegurada para la tranquilidad de la jubilación
- Nos proponen contactar con un agente o corredor de Allianz con el objeto de ampliar la información
- Además nos facilitan la dirección de la página web

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

- No nos dan ningún tipo de información relevante acerca del plan de pensiones
- La publicidad trata de llamar nuestra atención a través de un slogan llamativo

Valoración:

- Un plan de pensiones se trata de una fórmula de ahorro a largo plazo así pues se trata de un producto ilíquido destinado al ahorro para la jubilación. Es importante conocer todas las condiciones y funcionamiento de un plan de pensiones, que desde luego no vamos a conseguir con publicidad. Contratar de esta forma sería una temeridad.

ENTIDAD: DIRECT SEGUROS

PRODUCTO:
SEGURO A TODO RIESGO DE REGALO AL COMPRAR UN PEUGEOT

LO QUE ES APARENTE PARA EL CONSUMIDOR:

- Peugeot lanza una promoción con la compra de un Peugeot 308 te regalan el seguro a todo riesgo del primer año.

LO QUE NO ES APARENTE EN EL ANUNCIO PUBLICITARIO:

- El seguro a todo riesgo del primer año se ofrece exclusivamente a los clientes que cumplan una serie de requisitos "financiando su compra con Peugeot Financiación con un capital mínimo de 5000 euros" por lo que para disfrutar de dicha promoción deberemos aceptar las condiciones financieras de la compañía lo que puede suponer mayores gastos.
- Se condiciona a un tipo de motor del vehículo adquirido y de una edad superior a los 25 años.
- Se trata de un seguro a todo riesgo con franquicia de entre 210 y 240 euros según el modelo que elijamos, es decir que los primeros 240 euros los deberá pagar usted en caso de siniestro. Contratar o no franquicia depende del tipo de conductor que valla a llevar el coche por lo que quizá no le interese dicha modalidad de seguro.

Valoración:

- Antes de quedar maravillado con semejante promoción deberá solicitar toda las condiciones generales y particulares del seguro para conocer las coberturas y supuestos exentos.
- Asimismo, deberá hacer números y consultar una entidad financiera externa para conocer si realmente sale rentable la operación.

CONCLUSIONES DE ADICAE SOBRE LA PUBLICIDAD EN SEGUROS

■ **Las compañías aseguradoras no registran su publicidad.**

Como hemos podido comprobar las compañías aseguradoras no registran la publicidad previamente a su difusión en ningún Registro Oficial, puesto que no tienen ningún tipo de obligación legal. Por lo tanto, la publicidad que llega directamente a los consumidores no es controlada previamente por ningún organismo. Solamente tienen la obligación de presentarla a la Dirección General de Seguros en el caso de que esa campaña publicitaria suponga un gran desembolso económico. Es decir, es un requisito para velar por la solvencia económica de la propia compañía, no para proteger al consumidor.

■ **Consideraciones generales respecto a la información suministrada al consumidor:**

- El **lenguaje utilizado**, con información subjetiva que solo habla de las "bondades" de ese producto, aparecen frases y expresiones como "fácil, amplias coberturas, comodidad, seguridad, protección para los tuyos, descuento en la prima, etc".

- La **información sobre el seguro** en cuestión, en muchos casos no existe, y si existe es muy **genérica, compleja y confusa**, en muchas ocasiones para verdaderos entendidos. En la mayoría de las ocasiones falta información sobre elementos fundamentales del seguro. Al final de la lectura de muchos de los anuncios el lector queda confundido sobre las condiciones del seguro, bien por que la información que aparece es enrevesada e inconexa bien por la falta de información.

- En mucha de la publicidad analizada se encuentran remisiones, mediante asteriscos, a la **letra pequeña**, donde se recogen excepciones y límites de cobertura. Esto ocurre en el mejor de los casos, puesto que en otros directamente nos remiten a las condiciones de la póliza, que posteriormente no nos dan hasta que no hemos firmado la póliza.

- El hecho de que en muchas ocasiones la información sea confusa viene generado por el propio nombre o **denominación comercial del producto**, que no define correctamente las verdaderas coberturas.

- Muchos de los anuncios, sobre todo los que aparecen en medios de comunicación masivos (televisión y prensa genérica y especializada), incluyen solo **información corporativa**. Éstos se centran sobre todo en publicitar la buena imagen de la empresa en cuestión, en concreto se refieren a la tan de moda "responsabilidad social corporativa" o a las actividades culturales y benéficas que llevan a cabo sus Fundaciones.

- En los **productos de ahorro** en muchas ocasiones solo se menciona la "facilidad, la comodidad y la seguridad" de estos seguros. Pero **no se menciona la rentabilidad** o , en el caso de hacerlo, aparece información muy confusa sobre ésta (tablas, gráficos y textos enrevesados).

- Si ya de por sí cuesta ver las rentabilidades, de los seguros de ahorro, nada se menciona sobre las **comisiones y gastos** que conllevan éstos, anuncio de **aumento de primas** en caso de renovación de períodos de cobertura, etc.

- Utilización de **promociones** para captar nuevos clientes. Es frecuente la utilización de ofertas como descuentos, regalos, etc. para hacer más llamativo el seguro. En muchas ocasiones tanto que directamente se ponen solo los descuentos y regalos, y se obvian las condiciones de ese seguro.

PROPUESTAS DE ADICAE SOBRE LA PUBLICIDAD EN SEGUROS

Queda constatado que el papel que ejerce la Dirección General de Seguros es totalmente insuficiente en esta materia. De acuerdo con la legislación actual, las entidades aseguradoras tienen que cumplir con la Ley General de Publicidad, una ley genérica que sirve para cualquier tipo de publicidad, pero nada más. De ahí la necesidad de cambios para evitar la situación actual.

Por eso ante los graves defectos informativos que ha encontrado ADICAE, se realizan las siguientes propuestas:

■ Elaboración de una **normativa publicitaria específica en materia de seguros**, que regule requisitos, condiciones, contenidos mínimos, lenguaje y terminología comprensible, tamaño de la letra, etc en este sector. Sobre todo en seguros de ahorro, en los que debería aparecer una información mínima en cuanto a la información financiera (rentabilidad, gastos y comisiones, etc).

■ Obligatoriedad para las Compañías aseguradoras de pasar un **control previo a la publicación y difusión de la publicidad**.

■ Creación de un **organismo dependiente de la Dirección General de Seguros**, como ya ocurre con el Banco de España y la publicidad de las entidades financieras, que **registre toda esta publicidad previamente** a su difusión. Hay que decir, que el actual Registro del Banco de España es un mero formalismo para las entidades financieras, por lo que este sistema hay que perfeccionarlo y no volver a caer en los mismos errores.

■ Creación de una **Comisión de Publicidad**, un organismo dentro de la propia **Dirección General de Seguros**, que evalúe con carácter previo el contenido de la publicidad sobre seguros. Este organismo podría contar con la participación de consumidores, a través de sus asociaciones, y constituiría una verdadera medida de garantía para los consumidores frente a una contratación tan compleja. Esta función sería un auténtico control de acceso al mercado de la publicidad, justificado por la importancia que tienen los seguros para los españoles.

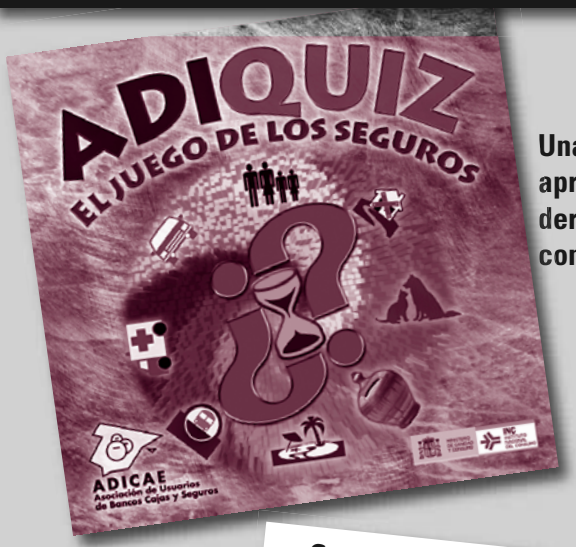
Este organismo podría revocar campañas publicitarias cuya información no cumpliese con los requisitos exigidos en la normativa en publicidad (general y específica en seguros) que fuera confusa para los consumidores. Se podrían exigir cambios aclaratorios mediante acciones de rectificación o de cesación en caso de que la campaña ya estuviese en la calle. Ya que solo en la actualidad solo los Tribunales de Justicia están habilitados para esta función.

■ Campañas de inspección de la publicidad en seguros, realizadas por el organismo competente en publicidad de la Dirección General de Seguros y/o contando con la colaboración de la asociaciones de consumidores mediante denuncias de éstas.

¿Conoce las nuevas publicaciones del proyecto de seguros de ADICAE?

Guías prácticas para contratar y defender sus derechos en los seguros

ADIQUIZ: El juego de los seguros de ADICAE, en formato CD



Una forma divertida de aprender y conocer sus derechos en los seguros con este juego interactivo

Solicítelos

ADICAE
C./ Gavín, 12 local. 50001 ZARAGOZA
Tfno.: 976 390060 ■ Fax: 976 390199
y en la web **www.adicae.net**

ADICAE
Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros

Colabora:

Esta publicación ha sido subvencionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
Su contenido es de responsabilidad de la Asociación.

TERCERA PARTE

MALAS PRÁCTICAS EN LOS SEGUROS

Estructura del estudio de malas prácticas en los seguros

La falta de información recibida por el consumidor en la fase precontractual es el origen y el primer paso para que posteriormente las prácticas abusivas, una vez firmada la póliza, salgan a relucir.

Con este Estudio en el que se exponen datos de organismos oficiales y de los propios Servicios de Asesoría de ADICAE, se pretende poner de manifiesto las diferentes malas prácticas llevadas a cabo por las aseguradoras, así como la falta de regulación, control y desamparo del consumidor en la actualidad, ya que como veremos actualmente no hay soluciones rápidas y eficaces que eviten estos abusos.

INDICE

I. CLAÚSULAS ABUSIVAS, TAMBIÉN EN LOS SEGUROS

II. ¿QUE SON LAS PRÁCTICAS ABUSIVAS?

III. ANÁLISIS DE MALAS PRÁCTICAS

I. CLAÚSULAS ABUSIVAS, TAMBIÉN EN LOS SEGUROS

En todos los sectores se producen actuaciones anómalas, que contravienen la buena fe o incluso la legislación, hacia los consumidores. También en los seguros. A los ya graves problemas puesto de manifiesto por el presente estudio de ADICAE, tanto en la publicidad, como en la información que se facilita sobre los seguros, cuando llega el momento del "cara a cara" entre el consumidor y el personal de la aseguradora es cuando pueden sucederse cualquier tipo de actuación anómala que perjudica los derechos del consumidor. En ocasiones estas prácticas pueden derivar de una cláusula abusiva que ha sido incluída por la aseguradora en la póliza. Sin embargo, en otras ocasiones las prácticas abusivas tienen un origen y causalidad propios, fruto de la ineficaz actividad de inspección por parte de los supervisores, la que obliga al consumidor a acudir a reclamar a unas vías cuando menos de dudosa eficacia como son los Servicios de Atención al Cliente y el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros.

A pesar de que son conceptos distintos, prácticas y cláusulas abusivas aparecen claramente relacionados y hay que analizar en primer lugar la relación que existe entre ellos. Las prácticas, que responden desgraciadamente a comportamientos generalizados en el ámbito de las aseguradoras y que no se reflejan en el contrato, no están reguladas, a pesar de la existencia por parte de dichas entidades de múltiples compromisos en la aplicación estricta de la legislación vigente en materia de seguros; la realidad demuestra que en muchísimas ocasiones se genera un claro abuso y atropello a los propios consumidores, tal y como iremos analizando posteriormente.

¿Por qué entonces se siguen denunciando la aplicación de cláusulas que imponen obstáculos onerosos o desproporcionados al ejercicio de los derechos reconocidos en el contrato (p. ej. imponer trámites innecesarios o abonar gastos desproporcionados), cuando los mismos constan expresamente prohibidos?. ¿ Se ha procedido a corregir la falta de limitación legal a prácticas que, de hecho, impedían en ocasiones el ejercicio de derechos adicionales reconocidos en el contrato?. La realidad evidencia como decimos que no.

La realidad, es que NO PODRÁ EXIGIRSE AL CONSUMIDOR EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES SOBRE LAS QUE NO HAYA SIDO INFORMADO PREVIAMENTE, pero el devenir real en la contratación de seguros demuestra que se sigue haciendo, QUE NO SE SIGUE INFORMANDO DE FORMA EXIGENTE Y PRECISA. La realidad, además, es que será obligatorio facilitarle esa información previa al contrato de forma gratuita, clara, concisa y expresa sin imponer para obtenerla gastos como los derivados de la utilización de un número de tarificación adicional, en el caso de los seguros encargados o contratados on line.

Es cierto que se han venido reforzando las competencias de las administraciones públicas para evitar que productos inseguros (seguros de diversos tipo) puedan llegar a manos de los consumidores, a fin que se adopten todas las medidas necesarias y proporcionadas para hacer desaparecer el riesgo. Pero ¿han sido eficientes dichas medidas? Evidentemente hoy el consumidor, desde una perspectiva legal aparece con un ámbito de protección mayor, pero el camino de la plena efectividad aún será largo y costoso, dadas las actuales circunstancias en las que el consumidor se encuentra dentro del amplio marco que constituye la contratación de los seguros. Por tanto, ¿Existe una plena conciencia del consumidor, ante los riesgos a los que puede enfrentarse cuando procede a la contratación de cualquier tipo de seguro?; ¿Es consciente el consumidor, que en dicho trámite de contratación se están adoptando por la contraparte o entidad aseguradora, todas las medidas necesarias (hoy legalmente plasmadas en textos vigentes) que garanticen la aplicación efectiva de dicha protección?. Rotundamente no.

A raíz de este estudio y de una forma sistemática veremos, por qué las respuestas que se acaban de ofrecer son tan pesimistas al contrario de lo manifestado ampliamente por las entidades aseguradoras o en su caso entidades ofertantes del producto asegurador en sus diferentes vertientes.

II. ¿QUE SON LAS PRÁCTICAS ABUSIVAS?

Tanto a nivel europeo como nacional no se han formulado conceptos claros sobre prácticas abusivas. Sin embargo sí existen normas que definen términos como prácticas desleales, etc. El hecho de que se mezclen en esas definiciones los términos, consumidor, competencia, mercado, etc. no consigue sino eliminar hacer perder la esencia de protección a los consumidores que debería ir implícita en ese concepto.

a) Una definición (aunque sea referido a prácticas desleales) se encuentra en el Reglamento (CE) nº 2006/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo. Así, en su Artículo 1 se establece como Objeto que "(…) *La presente Directiva tiene por objeto contribuir al buen funcionamiento del mercado interior y alcanzar un elevado nivel de protección de los consumidores mediante la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre las prácticas comerciales desleales que perjudican a los intereses económicos de los consumidores (...), entendiendo como consumidor en su Artlo. 2, "(...) cualquier persona física que, en las prácticas comerciales contempladas por la presente Directiva, actúe con un propósito ajeno a su actividad económica, negocio, oficio o profesión (...).*

Si partimos de la propia definición que prevé dicha Directiva *en el Artlo. 5, nos dice expresamente: "(...) 2. Una práctica comercial será desleal si a) es contraria a los requisitos de la diligencia profesional, b) distorsiona o puede distorsionar de manera sustancial, con respecto al producto de que se trate, el comportamiento económico del consumidor medio al que afecta o al que se dirige la práctica, o del miembro medio del grupo, si se trata de una práctica comercial dirigida a un grupo concreto de consumidores. (...)*

4. En particular, serán desleales las prácticas comerciales que:

a) sean engañosas según lo establecido en los artículos 6 y 7, o b) sean agresivas según lo establecido en los artículos 8 y 9 (…) y se considerarán "Acciones engañosas (…), toda práctica comercial que contenga información falsa y por tal motivo carezca de veracidad o información que, en la forma que sea, incluida su presentación general, induzca o pueda inducir a error al consumidor medio, aun cuando la información sea correcta en cuanto a los hechos, sobre uno o más de los siguientes elementos, y que en cualquiera de estos dos casos le haga o pueda hacerle tomar una decisión sobre una transacción que de otro modo no hubiera tomado (…)".

b) En derecho español, únicamente el párrafo primero del art. 82 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias (LGDCU) equipara las prácticas abusivas a *las claúsulas y las define como "todas aquéllas prácticas no consentidas expresamente que, en contra de las exigencias de la buena fe causen, en perjuicio del consumidor y usuario, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato"*

Sin duda un precepto claro y que permite una amplia protección a los consumidores pero que precisa de concreción para que sus previsiones puedan hacerse efectivas, logrando una defensa efectiva de los consumidores y usuarios.

III. ANÁLISI DE MALAS PRÁCTICAS

METODOLOGÍA Y DOCUMENTACIÓN

El proyecto nacional de seguros del año 2008 en ADICAE, surge de la necesidad interpretar y analizar la situación del consumidor frente al Seguro, por ello este ESTUDIO JURÍDICO Y ESTADISTICO SOBRE LAS RECLAMACIONES DE LOS CONSUMIDORES EN EL SECTOR DE LOS SEGUROS, complementa y visualiza de una forma gráfica y desde el punto de vista jurídico, tanto en vía extrajudicial como en vía judicial, los problemas más habituales en los consumidores y las razones por las que se reclama.

En este Estudio, podremos encontrar una evolución histórica desde 2004 hasta el primer semestre de 2008 de las reclamaciones realizadas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros, extrayendo de sus informes anuales los datos más significativos.

Además del análisis de las reclamaciones en vía extrajudicial al Servicio de Reclamaciones de la DGS, se realiza un examen exhaustivo de las memorias de ADICAE en reclamaciones realizadas ante la asesoría jurídica, además de estudiar las sentencias judiciales dictadas en el ámbito de los seguros a nivel nacional.

Asimismo tras destacar la doctrina jurisprudencial más común, se ahondará en la comparación del Sistema Arbitral de Consumo frente a las actuaciones de la DGS, realizando especial acento en la necesidad de un cambio en el sistema actual de reclamaciones dada la frustración que produce reclamar y no lograr la ejecución de los derechos en vías extrajudiciales.

SECCIÓN 1.- ANALISIS DE LOS DATOS Y MALAS PRÁCTICAS SEGÚN LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS

A) RESUMEN DE DATOS SEGÚN EL INFORME ANUAL DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (AÑO 2007) (Datos completos en Anexo I).

Tomando la referencia directa del informe estadístico señalado, como primer dato esencial podemos observar como se refiere a los expedientes relacionados con contratos de seguros y se mantiene la tendencia de años anteriores, **en los que esta materia superaba el 90% de los expedientes iniciados, representando en el presente ejercicio hasta el 2008**, (y durante el antecitado ejercicio 2007), el 93,42%.

Para llevar a cabo el objetivo de la protección de los derechos de los ciudadanos en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones, el Servicio de Reclamaciones, además de la función de resolver todas aquellas consultas, quejas y reclamaciones que presenten los ciudadanos en el ámbito de los contratos de seguro y de los planes y fondos de pensiones, realiza una importante labor divulgativa para acercar a los ciudadanos al conocimiento del sector y a los derechos que les asisten en estas materias. Como en años anteriores, el informe se inicia con una presentación del organigrama del Servicio de Reclamaciones y una breve descripción de su funcionamiento.

Del análisis general de este apartado, cabe destacar especialmente las siguientes cifras:

- El incremento de un 13,73%, respecto al año anterior, en el número de reclamaciones iniciadas durante el año 2007; Recordemos que El total de escritos presentados ante el Comisionado para la Defensa del Cliente de la DGSFP, por ejemplo durante 2005 fue de 4.823, un 4,5% más que en 2004. De los expedientes de reclamación admitidos a trámite fueron resueltos 2.489, un 56,5% del total. De ellos, fueron resueltos a favor del reclamante 844, lo que supone el 34%.

La mayoría de estas reclamaciones correspondieron a los seguros multirriesgos (37,02%) y de vehículos (22,48%) la cifra de expedientes resueltos en el año 2007, en total 5.353.

- El incremento del número de reclamaciones referidas al ramo de vida, en el año 2007, **ha superado por primera vez a las iniciadas en el seguro de automóviles.**

El aumento del número de reclamaciones iniciadas en el año 2007 en materia de comercialización de seguros y planes de pensiones por las entidades de crédito, motivadas en su mayor parte por la falta de información suficiente, especialmente en los seguros de vida.

Así, el número de expedientes iniciados en el último año supone un incremento muy marcado, concretamente la cifra se ha elevado en 663 expedientes respecto al ejercicio anterior, lo que supone un incremento del 13,73%. La media de expedientes presentados por mes es aproximadamente 458. Con carácter general no se observan grandes diferencias numéricas entre los meses, salvo en agosto y octubre, con 253 y 749 expedientes respectivamente.

- Las compañías de seguros atienden cada año en España casi 100 millones de pólizas. Entre los motivos de reclamación destacan:

■ Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada.

■ Los derechos especiales del tomador en seguro de vida.

■ La declaración del riesgo al firmar el contrato.

■ Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima (precio del seguro) .

■ En los seguros colectivos la falta de información entre las partes.

■ El impago de la indemnización o el pago del importe mínimo.

■ La valoración del siniestro.

■ Defensa jurídica del responsable .

■ Aplicación del régimen de cláusulas limitativas.

■ Agravación y disminución del riesgo durante la vigencia del contrato.

■ Nulidad del contrato por falta del objeto asegurado o interés asegurable

- Respecto a los expedientes de comercialización de seguros y planes de pensiones por entidades de crédito, que se incrementan en un 186,21%, pasando de 58 reclamaciones en 2006 a 166 en 2008. La mayor parte de estas reclamaciones se centra en seguros de vida comercializados por los operadores de banca seguros, en los que el tomador del seguro cree que ha contratado un producto meramente financiero y no es consciente de que ha suscrito un seguro. Las consultas son solicitudes de asesoramiento e información relativas a cuestiones de interés general sobre los derechos de los usuarios de servicios financieros en materia de transparencia y protección de la clientela, así como, sobre los cauces legales para su ejercicio. **En el ejercicio 2007 se han presentado un total de 195 consultas frente a las 142 del ejercicio anterior, lo que implica un crecimiento del 37,32%.**

- El número total de quejas recibidas, en las que los interesados ponían de manifiesto desatenciones, tardanzas o cualquier otro tipo de actuación inadecuada observada en el funcionamiento de las entidades aseguradoras, se ha reducido a 28, lo que supone un descenso del 39,13% con respecto al año anterior.

- Los expedientes clasificados como no admitidos son escritos recibidos por el Servicio de Reclamaciones que no dan lugar a la apertura de un expediente de reclamación, queja o consulta por no cumplir los requisitos exigidos por la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros para su tramitación. En el último ejercicio representan aproximadamente el 36% del total de escritos recibidos, al igual que en el ejercicio 2006.

- Se puede concluir que en el año 2007, se ha producido un crecimiento general en el número de expedientes iniciados por el Servicio de Reclamaciones, aunque, en términos porcentuales, las proporciones que representan los distintos tipos de expedientes respecto a la cifra global, no han experimentado variaciones significativas en relación con el ejercicio anterior.

- Como en años anteriores las **comunidades autónomas con mayor número de expedientes son**: Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana y Cataluña. Hay que destacar que las reclamaciones presentadas por personas que tienen su domicilio en la Comunidad de Madrid, representan el 33,32% del total de expedientes iniciados, lo que supone un volumen de más del doble de la segunda comunidad de la cual proceden más expedientes, Andalucía, con un porcentaje del 14,24%.

Resulta interesante destacar que en la Comunidad de Madrid se produce un número de reclamaciones alto si se compara con la población y no únicamente en el año 2007 sino también en años anteriores. Los escritos dirigidos al Servicio de Reclamaciones por personas residentes en la Comunidad de Madrid han presentado el 33,32% del total de reclamaciones, mientras que la población de la citada comunidad sólo representa el 13,44% del total de la población española, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

Por último, entre las provincias con mayor número de expedientes iniciados destacan, además de Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla.

B) RESUMEN-ENUMERACIÓN DE LAS MALAS PRÁCTICAS RECONOCIDAS Y ENCONTRADAS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS-MINISTERIO DE ECONOMÍA

Fuente: Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros

El propio Ministerio de Economía ha detectado 27 malas prácticas que cometen habitualmente las aseguradoras y la banca en la comercialización de pólizas y planes de pensiones, como por ejemplo el encarecimiento "desproporcionado" de las pólizas para ciertos colectivos.

Según la Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el mayor número de actuaciones incorrectas se producen en la venta de seguros de vida y planes de pensiones, que aglutinan la mitad de las malas prácticas descubiertas por el organismo público y reveladas ahora por primera vez.

La contratación de seguros de vida sin el consentimiento de un cliente al que se le ha concedido una hipoteca, la renovación de seguros de jubilación en condiciones menos favorables, los cambios en la política de inversión de los planes de pensiones sin el conocimiento del partícipe y los retrasos en la disposición de los derechos consolidados y en el cobro de las prestaciones de los planes son algunos de los ejemplos de prácticas indebidas.

Entre los casos más curiosos dados a conocer por el organismo público que sirven para ilustrar estas malas actuaciones destaca el de una jubilada de 75 años a la que Zúrich Pensiones le recomendó contratar un plan de pensiones.

- También sobresale un "error" cometido por una entidad absorbida por Santander Seguros, que vendió un seguro de vida en el que el asegurado ante el riesgo de fallecimiento y el beneficiario de la indemnización eran la misma persona.

- En otro caso, Winterthur se negó a pagar las indemnizaciones de un seguro de vida a unos huérfanos porque consideraba que la viuda del fallecido era la beneficiaria de la póliza, pese a que llevaban separados varios años y pese a que la ley sólo considera cónyuge a aquel que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.

- Según la memoria de la DGSFP, que depende de Economía, los seguros de asistencia sanitaria y decesos también registran varias prácticas inadecuadas, como la "elevación desproporcionada de la prima cuando el asegurado alcanza determinada edad" o la no renovación de las pólizas a asegurados con enfermedades, especialmente las crónicas.

En pólizas de automóvil, por ejemplo, algunas entidades exigen a sus clientes que contraten un seguro de vida como condición para la contratación de un seguro de automóviles, especialmente en el caso de menores de 25 años o de grupos profesionales.

SECCIÓN 2.- ANALISIS DE LAS MALAS PRÁCTICAS DETECTADAS A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE ASESORÍA DE ADICAE

A) METODOLOGÍA

Fecha:

1 de Enero de 2008 a 1 de Diciembre de 2008.

Objeto:

Detección y recopilación de malas prácticas, bien la comercialización o bien posteriormente, en el sector asegurador detectadas por los Servicios de Asesoría de ADICAE en toda España. Esta recopilación se fundamenta en reclamaciones o quejas interpuestas por los consumidores (socios y no socios de ADICAE) a las compañías aseguradoras o la Dirección General de Seguros.

Lugares donde se ha recopilado la información:

Servicios Asesoría de ADICAE en A Coruña, Madrid, Valladolid, Mérida, Cáceres, Barcelona, Valencia, Alicante, Sevilla, Málaga y Zaragoza.

B) ENUMERACIÓN DE MALAS PRÁCTICAS Y LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE RECLAMACIÓN AGRUPADOS POR RAMOS

Seguros de vida.-

■ Seguros individuales comercializados a través de entidades de crédito, como seguros colectivos. En estos seguros aparece como tomador la entidad de crédito, cuando a quien corresponden todos los derechos y obligaciones derivados del contrato es al asegurado, que es quien paga la prima.

■ Rescate de seguros de jubilación para su renovación en condiciones menos favorables para el asegurado. Se propone el rescate del seguro para posteriormente contratar otro nuevo con menor tipo de interés garantizado. Confusión en la contratación de seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión.

■ En las entidades de banca seguros se ofertan productos en los que se aprecia que el cliente no distingue si es un producto bancario, de inversión, un seguro o un plan de pensiones. Sobre todo ocurre en productos como los unit link en donde se mezclan características aseguradoras y de inversión. En general, deficiente información en la comercialización de seguros de vida en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, acerca de la variabilidad del valor de los activos en que se invierte el producto.

■ Seguros con coberturas inadecuadas. Contratación de seguros de vida para caso de muerte en el que el asegurado y el beneficiario son la misma persona.

Motivos de reclamación:

En dicho ramo el principal motivo de reclamación se centra en las divergencias existentes en la aplicación e interpretación de la póliza. Se vienen detectado muchos casos en los que las cláusulas no son claras ni precisas creando confusión en el cliente, sobre todo en los contratos más complejos, **como son aquéllos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión o en los que el valor de rescate está referenciado al valor de mercado de inversiones asignadas a la póliza. Estas cláusulas poco claras son muy frecuentes en un tipo de contrato que recibe un número muy elevado de reclamaciones: los denominados comercialmente Renta Inversión:**

Estos seguros, comercializados generalmente por entidades de crédito, son seguros mixtos que, a cambio de una prima única, garantizan una renta vitalicia en caso de supervivencia y un capital en el momento del fallecimiento del asegurado.

El **principal problema que estos productos generan se refiere al ejercicio del derecho de rescate transcurrido el plazo fijado en la póliza, cuando el valor de rescate se calcula en función del valor de mercado de unos activos asignados o de referencia**, no se determinándose claramente la forma de cálculo de este valor de mercado para poder conocer y calcular el valor de rescate. Es por ello que muchas entidades parecen no ser conscientes de la importancia que tiene esta declaración y presentan cuestionarios muy genéricos e imprecisos que no cumplen con su objetivo primordial: la correcta valoración del riesgo para decidir si aceptarlo o

rechazarlo y para el cálculo de la prima. Tampoco advierten al cliente que la inexactitud u ocultación de datos en el cuestionario, puede suponer la aplicación de la regla proporcional o, en caso más grave, el rechazo del siniestro cuando éste se produzca.

Las reclamaciones sobre el impago de la indemnización y del importe mínimo son también importantes; en algunos casos, las entidades dilatan el pago de la indemnización y del importe mínimo sin justificación alguna.

Volvemos a incidir **y que se viene denunciando desde ADICAE reiteradamente**, es que el principal motivo de reclamación es la deficiente y nula información sobre las características del producto comercializado. **Por ejemplo en ocasiones, se trata de temas tan transcendentales como la indisponibilidad de las aportaciones a los planes de pensiones y el desconocimiento de que se está contratando un seguro y no un depósito bancario y, por tanto, aunque existe derecho de rescate, no puede recuperarse en cualquier momento la prima aportada.**

La información ofrecida en el momento de la comercialización, fundamentalmente en los seguros de vida, es de capital importancia, pues los clientes acuden a una entidad de crédito y no a una entidad aseguradora, por lo que, en muchos casos ignoran que están contratando un seguro y no un depósito o cualquier otro producto de ahorro.

Seguros del automóvil.-

■ Condicionamientos a la contratación de otros seguros. Exigencia de la contratación de un seguro de vida con la misma entidad como condición para la contratación del seguro de automóviles, en el caso de menores de 25 años o de grupos profesionales.

■ Convenios de liquidación de siniestros entre entidades. En el caso de los terceros perjudicados en un accidente de la 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 las limitaciones establecidas en su póliza para la cobertura de daños propios, cuando su asegurado debe ser indemnizado como un tercero.

■ Políticas de imposición de determinación de tiempos y precios/hora para reparaciones en talleres concertados que no favorecen el buen servicio al asegurado.

Motivos de reclamación:

Son numerosas las reclamaciones relacionadas con las cláusulas limitativas de los contratos de seguro, especialmente las motivadas por la disconformidad con la aplicación de la cláusula de indemnización por el valor venal, aplicación de los convenios sobre tramitación y liquidación de siniestros entre compañías, por los que el perjudicado es indemnizado por su propia compañía de seguros, en vez de por la del causante del accidente.

Seguros del hogar.-

■ Discrepancias en la valoración del siniestro, que afectan al perjudicado. En los supuestos en 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 emitidos por sus respectivos peritos.

■ Reparación de siniestros por operarios de la compañía. Las entidades aseguradoras se desentienden de la deficiente prestación del servicio realizado por operarios enviados por la propia compañía.

■ Falta de información e inadecuado asesoramiento al asegurado en la fase previa a la contratación sobre la valoración de continente y contenido para los casos en los que el tomador pretenda estar asegurado al 100% de su valor.

Seguros de asistencia sanitaria y decesos.-

■ Dificultades de los asegurados de mayor edad. Elevación desproporcionada de la prima, en términos relativos, cuando el asegurado alcanza determinada edad.

■ No renovación del seguro a asegurados con determinadas enfermedades, en especial, si al asegurado se le diagnostican enfermedades crónicas.

■ Respecto al cuestionario de salud que debe ser cumplimentado antes de la contratación, en ocasiones, no se somete a la firma del asegurado, en otras es el propio agente de la aseguradora el que se encarga de rellenarlo sin la participación activa del tomador.

■ Cuestionarios de salud que establecen que si no se contesta al mismo la respuesta se entiende negativa, lo que todavía hace más difícil probar si efectivamente se sometió al cuestionario a los asegurados.

■ Existencia de cláusulas en seguros de enfermedad y asistencia sanitaria por las que se excluyen pruebas diagnósticas por medios que no estén suficientemente contrastados, dejando al arbitrio de la entidad la determinación de si estas pruebas están o no suficientemente contrastadas.

■ Exclusión de cobertura por la entidad aseguradora de las asistencias sanitarias de carácter urgente, si éstas se producen durante el periodo de carencia establecido en un seguro de enfermedad o asistencia sanitaria.

Motivos de reclamación:

En cuanto a la cobertura relacionada con el ámbito de la asistencia sanitaria los problemas surgen en cuanto a las divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza y en las modificaciones que se realizan de forma unilateral por las entidades, los incrementos de prima a medida que aumenta la edad de los asegurados y el coste de los servicios sanitarios, valoración de las lesiones o la calificación del origen de la enfermedad.

Motivos de reclamación:

En dichos productos, al tratarse habitualmente de contratos anuales renovables, las controversias se originan en la subida de primas, que se da a medida que aumenta la edad del asegurado y por el coste de los servicios ofrecidos.

Seguros 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 y por tanto el auténtico tomador del seguro.

Seguros de accidentes y enfermedad.-

■ En el caso del condicionado que señale que nace el derecho a la prestación cuando el asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad o accidente, debiendo requerir y recibir asistencia médica adecuada y que lleve consigo la interrupción total del desarrollo de sus actividades habituales o profesionales, durante el tiempo que ésta se prolongue.

Motivos de reclamación:

Destacan aquí los problemas en la interpretación de la póliza, las valoraciones del siniestro, pago de la indemnización y del importe mínimo y las divergencias en cuanto a la calificación de accidente, remitiendo las compañías, en estos casos, al trámite pericial previsto en la Ley.

Seguros de defensa jurídica.-

■ En el seguro de defensa jurídica se observa que las compañías argumentan en muchas ocasiones que consideran inviable la reclamación de su asegurado, dejando al asegurado la posibilidad de que se defienda por su cuenta, asumiendo únicamente los gastos de abogado y procurador si tiene éxito en su reclamación. Las compañías no justifican en la mayoría de ocasiones la citada inviabilidad.

■ Desentendimiento por parte de la entidad aseguradora de la actuación de los profesionales designado por la propia compañía para la defensa de los intereses de su asegurado.

Motivos de reclamación:

Motivos de reclamación más frecuentes: derecho a la libre designación de abogado y procurador y el pago sus honorarios, reclamaciones relativas a la cláusula limitativa que contienen la mayoría de contratos de este ramo, que supedita la cobertura de defensa jurídica a la viabilidad de la pretensión del asegurado, observándose que la manifestación de inviabilidad por las entidades aseguradoras, en la mayoría de los casos, no se justifica suficientemente, especialmente en las pólizas de automóviles.

Seguros vinculados a préstamos hipotecarios.-

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

■ Exigencia de prima única en la contratación de seguros de vida y/o de hogar ligados a préstamos hipotecarios.

■ Concesión de un préstamo hipotecario por la entidad crédito suscribiendo un seguro de vida y/o de hogar sin consentimiento del asegurado.

Seguros sobre daños al patrimonio.-

Motivos de reclamación:

Las reclamaciones relacionadas más frecuentes: divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada y las discrepancias en cuanto a la valoración del siniestro, incumplimiento de las entidades aseguradoras del plazo de cuarenta días que fija la Ley para el pago de la indemnización, garantía de robo, modificaciones del contrato y en especial la relativa al incremento de la prima así como las referidas a la oposición a la prórroga del contrato, fijación en la póliza del valor del continente y del contenido, reclamaciones relacionadas con infraseguro y sobreseguro.

SECCIÓN 3.- EL INSUFICIENTE PAPEL DE LOS TRIBUNALES EN LA ERRADICACIÓN DE LAS MALAS PRÁCTICAS

En el presente análisis, únicamente se computan las sentencias que se efectivamente se han dictado en los últimos años, esto es, no se incluyen las reclamaciones que han iniciado la vía judicial pero han terminado en acuerdo antes de la vista. Los datos no incluyen los Tribunales de Primera Instancia, únicamente los que se refieren a continuación, por lo que habrá que tenerlos en cuenta de un modo meramente orientativo a la hora de sacar conclusiones.

a) Datos de Sentencias desde 1996 hasta 2008 y desglose de las mismas:

Cabe destacar el número de sentencias tan elevado de 5,447 en materia de Derechos y obligaciones de las partes, por un lado destacan los impagos y por contra destaca el incumplimiento de las aseguradoras de ajustarse a los conceptos asegurados, siguiente en el rango podemos destacar una cantidad de 1,277 sentencias en la interpretación de las clausulas limitativas de los derechos de asegurados.

RELACIONADOS CON SEGUROS	17.580
CONTRATO DE SEGURO	17.442
DISPOSICIONES GENERALES	7.995
SEGURO CONTRA DAÑOS	9.457
SEGURO DE PERSONAS	2.408

DISPOSICIONES GENERALES	7.995
Concepto y Requisitos	25
Ámbito de aplicación	7
Legislación aplicable	24
Validez de las cláusulas más beneficiosas para el asegurado	26
Condiciones generales	75
Condiciones particulares	44
Cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados	1.277
Existencia	78
Nulidad	36
Conclusión del contrato	143
Documentación-póliza	520
Deber de declaración del riesgo	798
Derechos y obligaciones de las partes	5.447
Duración	102
Prescripción	123
Competencia	7
Otras cuestiones	87

SEGURO DE DAÑOS	9.457
Disposiciones generales	1.599
Modalidades	7.782
Indemnización (Supuestos)	338
Otras cuestiones	65

En la tabla anterior podemos comprobar como en las modalidades de Seguro de Daños, ascienden a 7,782 sentencias, una cuantía muy elevada y recurrente todos los años.

SEGURO DE PERSONAS	2.408
Disposiciones Comunes	26
Modalidades	2.378
Seguro sobre la vida	620
Seguro de Accidentes	1.145
Seguro de enfermedad y asistencia sanitaria	406
Otras cuestiones	24

b) Sentencias más relevantes del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, del Tribunal Supremo y de las Audiencias Nacionales: Años 2005, 2006 y 2007.

A continuación en dos de los Seguros que más presencia han tenido en el ámbito judicial, el Seguro de Vida y el Seguro de Daños, quizás por su extendida comercialización entre los asegurados, y que más reclamaciones han procedido se analizan de una manera individualizada, indicando por materias, la cantidad de sentencias que se han dictado:

Como podemos comprobar el número de sentencias dictadas no varían mucho de los datos que se extraen de las reclamaciones realizadas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros. En primer lugar encontramos los Seguros de Vida como aquellos que más conflictos han creado, en segundo lugar los Seguros de Coche, porque se incluyen vicisitudes derivadas de actas policiales y temas pe-

nales que suelen tramitase por vía judicial, y finalmente los Seguros de Hogar ocupan un lugar destacado entre las diferencias que surgen entre asegurado y aseguradora y que terminan en los tribunales.

Tipo de SEGURO	Cantidad de Sentencias
Seguro de Moto	604
Seguro de Coche	2.344
Seguro de Hogar	1.190
Seguro de Vida	3.034
Seguro de Ahorro	128
Seguro Decesos	147
Seguro de Préstamo Hipotecario	926
Seguro de Asistencia Sanitaria	209

Seguro de VIDA	Cantidad de entencias
Beneficiario	26
Cesión de la Póliza	5
Declaraciones Inexactas	110
Modalidad de Seguro de Vida	20
Normas de Derecho Internacional Privado	60
Pago de Indemnizacion	40
Pignoración de la póliza	3
Prima	7
Reducción de Garantías	1
Riesgo en el Seguro de Personas	19
Suicidio del Asegurado	2
Otras Materias	167
TOTAL	460

Seguro de Daños	Cantidad de Sentencias
Coaseguro	6
Declaración de Siniestro	49
Grandes Riesgos	3
Infraseguro	3
Interes en el Seguro de daños	57
Liquidación del Siniestro	119
Normas de Derecho Internacional privado	3
Pago de la Indemnización	127
Peritos	20
Póliza Estimada	8
Riesgos Excluidos	48
Seguro Múltiple	17
Sobreseguro	26
Subrogación	41
Suma Asegurada	39
Transmisión de la Cosa Asegurada	3
Incendio	163
Responsabilidad Civil	135
Robo	136
Lucro Cesante	8
Otras Materias	108
TOTAL	1.119

c) Sentencias desde 01/01/2008 hasta 30/06/2008

De nuevo, en el primer primer semestre el año 2008, encontramos nuevamente los Seguros de Vida como aquellos que más conflicto han creado, en segundo lugar los Seguros de Coche, y finalmente los Seguros de Hogar, lo que sin duda indica que en estas ramas de seguros, ni funciona el servicio de reclamaciones ni funciona la jurisprudencia dictada, por lo que es necesario una intervención legislativa y que sea realmente efectiva en esta rama de seguros.

SEGURO DE HOGAR	155
SEGURO DE COCHE	255
SEGURO DE MOTO	---
SEGURO DE VIDA	361
SEGURO DE DECESOS	6
SEGURO DE PRESTAMO HIPOTECARIO	1
SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA	15

Fichero práctico para el usuario de seguros

Solicítelo

ADICAE
C./ Gavín, 12 local. 50001 ZARAGOZA
Tfno.: 976 390060 ■ Fax: 976 390199
y en la web **www.adicae.net**

ADICAE
Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros

Colabora:

Esta publicación ha sido subvencionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
Su contenido es de responsabilidad de la Asociación.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Es difícil encontrar una solución para los problemas de los consumidores dentro del sistema actual de reclamaciones en materia de Seguros, ya que como se comentaba las resoluciones que dicta la Dirección General de Seguros no son vinculantes para la entidad aseguradora, por ello este debe ser el primer punto el cual se abordará una de las soluciones, además de instar la adhesión de todas las compañías aseguradoras al sistema arbitral de consumo.

En primer lugar uno de los grande fallos del sistema de reclamaciones de seguros, es la inexistencia de obligatoriedad de las aseguradoras de acatar las decisiones de la Dirección General de Seguros, por lo que un consumidor puede estar en posesión de la verdad y en derecho de un resarcimiento, pero no ejecutársele nunca, por la citada desvinculación de las resoluciones. Por ello desde ADICAE se solicita como primera medida paliativa de la ineficacia del sistema de reclamaciones actual, la vinculación y la obligatoriedad de las resoluciones de la DGS para las entidades aseguradoras.

En segundo lugar, no menos culpa tiene el sistema de resolución de las reclamaciones de la Dirección General de Seguros, pues nunca entra a valorar casos concretos, emitiendo una resolución impersonalizada, atendiendo el caso planteado como un problema genérico, por ello otra de las medidas que deben tomarse al respecto es la emitir resoluciones personales, que indiquen los derechos de cada uno de los reclamantes, y de esta manera, con una resolución personalizada y vinculante para la aseguradora se solventarían muchos de los problemas actuales.

Asimismo, se debía instar desde la Dirección General de Seguros la adhesión de las entidades asegurados al Sistema Arbitral de Consumo, se trata de una vía extrajudicial, rápida, eficaz y económica que permite resolver fácilmente los desacuerdos que puedan sugerir entre los dos protagonistas del consumo.

La efectividad del Sistema Arbitral de Consumo ha sido contrastada a lo largo de un período experimental que se inició en 1986. El 3 de mayo de 1993 se promulgó, por Real Decreto, su Reglamento de funcionamiento y ofrece:

- RAPIDEZ, porque se tramita en un corto espacio de tiempo. Máximo 4 meses desde la designación del Colegio Arbitral.
- EFICACIA, porque se resuelve mediante un laudo o resolución sin necesidad de tener que recurrir a la vía judicial ordinaria.
- ECONOMIA, porque es gratuito para las partes, que deben costear sólo en determinados supuestos la práctica de peritajes.
- VOLUNTARIEDAD, porque ambas partes se adhieren libremente al Sistema para quedar vinculadas a las resoluciones.
- EJECUTIVIDAD, porque los laudos –resoluciones arbitrales- son de aplicación obligada.

Tras el patente y demostrado fracaso del sistema actual de reclamaciones, desde ADICAE estamos convencidos que estas propuestas harían frente a la farragosidad del sistema actual, y por ello creemos que se deberían adoptar con la mayo brevedad posible.

ANEXO I

INFORMES ESTADÍSTICOS EN MATERIA DE RECLAMACIONES

Cantidad de reclamaciones realizadas por año (2008 primer semestre)

Fuente: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Analizando la gráfica podemos vislumbrar como año tras año las reclamaciones van aumentando, excepto en el año 2006 que fue ligeramente inferior el número de reclamaciones, con un total de 2,702; en el año 2004 se realizaron una cantidad de 2,448 reclamaciones y en 2005 aumentaron más de trescientas reclamaciones llegando a una cifra de 2,758, como se indicaba en el año 2006 se sufrió un descenso en el número de reclamaciones llegando a esas 2,702.

Sin embargo estos buenos resultados, en el descenso de las reclamaciones, que indicaban que las cosas estaban mejorando, sufre una fuerte subida en 2007, llegando a una cifra historica de 3,013 reclamaciones, lo que muestra que las cosas no estaban mejorando, incluso en el primer semestre de 2008, ya se contempla una cifra de 1,918 reclamaciones, lo que se estima que si las cosas siguen así, podríamos cerrar el ejercicio de 2008 con una cifra cercana a las 4,000 reclamaciones.

Reclamaciones clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos / por año

RAMOS	2004	2005	2006	2007	2008*
Multirriesgos	650	1021	999	988	577
Vehículos	607	620	583	477	420
Vida	368	394	364	423	268
Enfermedad					
(Incluida asistencia sanitaria)	155	221	196	286	180
Defensa jurídica	73	130	123	216	147
Decesos	77	110	122	184	113
Responsabilidad civil general	129	97	110	131	82
Accidentes	87	84	99	125	81
Asistencia	52	59	82	100	70
Perdidas pecuniarias diversas	4	14	24	83	49
Vehículos marítimos	2	3	----	----	----
Vehículos aereos	----	2	----	----	----
Crédito	----	1	----	----	----
Mercancias transportadas	7	1	----	----	----
Vehículos ferroviarios	1	1	----	----	----
Incendio y daños a la naturaleza	236	----	----	----	----
TOTAL	2.448	2.758	2.702	3.013	1.987

***En 2008, datos del primer semestre**

Reclamaciones resueltas atendiendo a la materia objeto de reclamación / año

VIDA	2004*	2005	2006	2007	2008**
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	641	73	78	111	73
Derechos especiales del tomador en seguro de vida	----	58	69	77	42
Declaración del riesgo al firmar el contrato	----	38	57	65	39
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	----	32	45	41	----
Seguros colectivos; falta de información entre partes	----	25	31	32	5
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	224	22	37	37	14
Contenido mínimo del contrato	10	4	4	----	
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a la prórroga.	52	9	14	18	13
Regulación del beneficiario	----	7	6	5	4
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	314	7	14	5	----
Concepto de seguro de personas	----	6	9	10	----
Intereses de demora	12	5	4	9	3
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	15	4	13	12	----
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	19	3	2	4	----
Nulidad del contrato por falta objeto asegurado o interés asegurado	----	3	----	----	----
Resolución unilateral seguro de vida	----	2	----	9	2
Declaración del riesgo cuando supera el año de vigencia	----	2	2	5	2
Otras materias.	876	49	35	21	45
TOTAL	**2.155**	**355**	**420**	**465**	**242**

En el ramo de vida el principal motivo de reclamación se centra en las divergencias existentes en la aplicación e interpretación de la póliza. Se han detectado muchos casos en los que las cláusulas no son claras ni precisas y crean confusión en el cliente, sobre todo en los contratos más complejos, como son aquéllos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión o en los que el valor de rescate está referenciado al valor de mercado de inversiones asignadas a la póliza.

Relacionado con lo anterior, destaca también el número de reclamaciones sobre los especiales derechos del tomador en el seguro de vida, en concreto sobre los derechos de rescate y reducción con templados en la póliza.

En torno al 14% de las reclamaciones de seguros de vida se refieren a las inexactitudes de la declaración del riesgo en el momento de la firma del contrato y en especial a las inexactitudes en el momento de rellenar el cuestionario de salud. Respecto a esto, muchas entidades parecen no ser conscientes de la importancia que tiene esta declaración y presentan cuestionarios muy genéricos e imprecisos que no cumplen con su objetivo primordial: la correcta valoración del riesgo para decidir si aceptarlo o rechazarlo y para el cálculo de la prima. Tampoco advierten al cliente que la inexactitud u ocultación de datos en el cuestionario, puede suponer la aplicación de la regla proporcional o, en caso más grave, el rechazo del siniestro cuando éste se produzca.

ACCIDENTES	2005	2006	2007	2008*
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	35	39	55	18
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	21	16	21	8
Valoración del siniestro; remisión al tramite pericial del Art. 104 LCS	6	14	32	11
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	4	2	2	----
Requisitos para la oposición a la prorroga del contrato de seguro	3	3	3	2
Modificación del contrato; en especial subida de prima	3	5	4	----
Declaración de siniestro	2	2	----	----
Otras materias	12	10	8	12
TOTAL	86	91	125	51

En el ramo de accidentes destacan los problemas en la interpretación de la póliza, las valoraciones del siniestro y las divergencias en cuanto a la calificación de accidente, remitiendo las compañías, en estos casos, al trámite pericial previsto en la Ley. Otro de los asuntos que mayor número de reclamaciones genera es el relacionado con el pago de la indemnización y del importe mínimo.

ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	2005	2006	2007	2008*
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	60	116	69	39
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	21	14	4
Valoración del siniestro; remisión al tramite pericial del Art. 104 LCS	21	----	----	7
Requisitos para la oposición a la prorroga del contrato de seguro	6	12	12	8
Modificación del contrato; en especial subida de prima	18	55	32	6
Declaración del riesgo al firmar el contrato	10	11	12	9
Otras materias	22	63	47	17
TOTAL	151	278	186	90

En el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria más de la mitad de las reclamaciones se refieren a divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza y en las modificaciones que se realizan de forma unilateral por las entidades, en especial, los incrementos de prima a medida que aumenta la edad de los asegurados y el coste de los servicios sanitarios. Otros motivos que generan reclamaciones en este ramo son los relacionados con la valoración de las lesiones o la calificación del origen de la enfermedad, remitiendo las entidades, en muchas ocasiones, al trámite de peritos médicos previsto en la Ley de Contrato de Seguro.

VEHICULOS TERRESTRES	2005	2006	2007
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	176	180	125
Defensa jurídica del responsable	70	52	51
Declaración del riesgo al firmar el contrato, Gastos de Salvamento	4	4	2
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	80	102	65
Infraseguro y sobreseguro	2	----	----
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	71	59	58
Contenido mínimo del contrato	3	4	6
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a la prórroga.	23	53	43
Tomador del seguro	2	----	----
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	55	98	72
Incendio del vehiculo	2	-----	----
Intereses de demora	5	7	9
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	8	8	13
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	22	28	21
Nulidad del contrato por falta objeto asegurado o interés asegurado	3	4	----
Nulidad contrato por falta de objeto o interés asegurable	3	----	----
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	----	3
Robo de vehículo	19	20	15
Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro	16	2	3
Trasmisión del objeto asegurado	9	11	10
Obligatoriedad del seguro de vehículos	5	8	4
Acción directa frente a la compañía	4	9	9
Otras materias	16	47	32
TOTAL	**642**	**696**	**541**

En los ramos relacionados con los seguros de vehículos, además de los asuntos más comunes de reclamación en todos los ramos, hay que destacar el elevado número de las relacionadas con la dirección jurídica que el asegurador debe asumir en caso de responsabilidad civil de su asegurado.

Asimismo, son numerosas las reclamaciones relacionadas con las cláusulas limitativas de los contratos de seguro, especialmente las motivadas por la disconformidad con la aplicación de la cláusula de indemnización por el valor venal.

Por otro lado conviene destacar que la aplicación de los convenios sobre tramitación y liquidación de siniestros entre compañías, por los que el perjudicado es indemnizado por su propia compañía de seguros, en vez de por la del causante del accidente, crea cierta confusión a los perjudicados pues en muchos casos dirigen la reclamación frente a su compañía generalmente por discrepancias en la valoración del siniestro; en estos casos, la garantía que debería operar es la de defensa jurídica y no la de daños.

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	2005	2006	2007	2008*
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	83	69	60	12
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	5	13	20	4
Valoración del siniestro; remisión al tramite pericial del Art. 104 LCS	5	5	4	2
Acción directa frente a la compañía	4	15	23	21
Modificación del contrato; en especial subida de prima	3	2	2	----
Defensa jurídica del responsable	2	9	4	2
Otras materias	10	14	3	6
TOTAL	112	127	116	47

En el ramo de responsabilidad civil general el asunto que genera mayor número de reclama-ciones es el referido a la interpretación y aplicación de la póliza, motivado por la falta de claridad en su redacción; en concreto, la referida a la cobertura de responsabilidad civil profesional.
En el ramo de asistencia la causa de reclamación más frecuente como en el caso de todas las ramas de seguros son las divergencias en la interpretación de la póliza contratada.

ASISTENCIA	2005	2006	2007	2008
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	29	55	52	18
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	9	10	22	----
Valoración del siniestro; remisión al tramite pericial del Art. 38LCS	3	4	----	----
Modificación del contrato; en especial subida de prima	3	----	----	----
Otras materias	5	9	9	----
TOTAL	49	78	83	18

En los seguros de decesos, al tratarse habitualmente de contratos anuales renovables, la principal causa de conflicto está en la subida de primas, que se da a medida que aumenta la edad del asegurado y por el coste de los servicios ofrecidos. También, como en casi todos los ramos, se dan problemas en la interpretación y aplicación de las cláusulas del contrato.

DECESOS	2005	2006	2007	2008*
Divergencias en la aplicaciones e interpretación de la póliza contratada	12	40	41	14
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	4	6	5	----
Subrogación	2	----	----	----
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato	3	8	6	----
Modificación del contrato; en especial subida de prima	34	59	58	16
Otras materias	18	33	25	8
TOTAL	73	146	135	38

Este cuadro clasifica el total de reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones en materia de planes de pensiones individuales en función de los asuntos.

PLANES DE PENSIONES	2005	2006	2007	2008*
Reclamaciones de aportaciones de jubilados efectuadas al plan de pensiones con posterioridad a la jubilación.	10	19	----	10
Información comercial al cliente, comercialización, incumplimiento de publicidad, apertura de plan de pensiones sin autorización de interesado, límite de aportaciones al plan de pensión.	9	23	18	7
Movilización derechos consolidados. Incumplimiento de plazos máximos para la movilización.	8	9	17	10
Desacuerdos con la valoración derechos consolidados.	8	14	11	2
Consultas sobre inversiones de fondos de pensiones.	6		----	----
Reclamaciones por desacuerdo en la valoración de la prestación recibida por el participe. Reclamaciones sobre gastos y comisiones repercutidas al partícipe.	5	6	7	4
Reclamaciones de beneficiarios o herederos	3	2	----	----
Invalidez-Jubilación. Consultas sobre aportaciones realizadas por personas inválidas para la jubilación.	2	2	3	----
Liquidez de los planes de pensiones por desempleo larga duración, formas de cobro y trabajadores autónomos.	2	1	2	----
Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y su modificación.	2	5	10	4
Invalidez-Prestaciones, temas sobre las formas de cobro de la prestación planteadas por minusválidos.	1	1	2	----
Demora en el cobro de la prestación.	1	8	14	----
Invalidez, Incluye todos los temas referentes a la invalidez, cualquiera que sea el tema tratado, cobro de prestaciones por invalidez absoluta, incapacidad y aportaciones sucesivas, incapacidad permanente y aportaciones para la jubilación.	1	----	----	----
Sin clasificar	2	10	----	6
TOTAL	60	110	133	43

El principal motivo de reclamación, a lo largo de los años ha sido la falta o deficiente información recibida en el momento de adhesión al plan. Le siguen las reclamaciones relativas a la movilización de los derechos consolidados, fundamentalmente sobre el retraso en el traspaso de los mismos. El tercer lugar lo ocupan las reclamaciones sobre aportaciones realizadas después de la jubilación. El número de reclamaciones por este último motivo ha ido disminuyendo y presumiblemente desaparecerán con el tiempo debido a la nueva regulación existente en esta materia, a la que se hará referencia más adelante.

*En el año 2004, se unen las reclamaciones de todas las materias
**En el año 2008, datos del Primer Semestre

Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas y análisis de la forma de terminación de la reclamación / por año

TOTAL DE RECLAMACIONES

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007
CASER	154	100	----	105
SANTA LUCIA, S.A.	149	95	145	96
ALLIANZ	99	120	----	----
LA ESTRELLA, S A.	84	71	77	80
AXA AURORA IBERICA S.A.	66	78	99	70
OCASO, S.A.,	62	69	----	----
CATALANA OCCIDENTE, S.A.	60	84	100	----
BBVA SEGUROS,	59	86	82	90
ZURICH ESPAÑA,	59	----	61	----
PELAYO	58	----	98	75
WINTERTHUR	57	56	63	----
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA,	53	58	----	73
MAPFRE SEGUROS GENERALES	48	86	----	111
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, CIA.	46	66	----	67
LIBERTY INSURANCE	44	54	----	71

ALLANAMIENTOS

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007
CASER	21	19	----	13
SANTA LUCIA, S.A.	16	16	40	18
ALLIANZ	26	29	----	----
LA ESTRELLA, S A.	9	4	2	9
AXA AURORA IBERICA S.A.	10	6	18	13
OCASO, S.A.,	6	10	----	----
CATALANA OCCIDENTE, S.A.	5	19	8	----
BBVASEGUROS,	7	7	9	19
ZURICH ESPAÑA,	3	----	7	----
PELAYO	5	----	28	22
WINTERTHUR	23	19	7	----
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA,	11	9	----	12
MAPFRE SEGUROS	4	4	----	29
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, CIA.	1	6	----	8
LIBERTY INSURANCE	2	5	----	6

RESOLUCIONES FAVORABLES AL RECLAMANTE

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007
CASER	27	21	----	18
SANTA LUCIA, S.A.	13	12	11	10
ALLIANZ	15	15	----	----
LA ESTRELLA, S A.	25	12	10	20
AXA AURORA IBERICA S.A.	20	11	10	7
OCASO, S.A.,	10	9	----	----
CATALANA OCCIDENTE, S.A.	5	13	17	----
BBVA SEGUROS,	14	14	13	12
ZURICH ESPAÑA,	14	----	4	----
PELAYO	12	----	16	10
WINTERTHUR	9	10	12	----
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA,	15	9	----	11
MAPFRE SEGUROS	5	18	----	21
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, CIA.	12	15	----	13
LIBERTY INSURANCE	15	17	----	20

INFORMES FAVORABLES A LA ENTIDAD

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007
CASER	42	28	----	38
SANTA LUCIA, S.A.	53	42	56	48
ALLIANZ	15	30	----	----
LA ESTRELLA, S A.	13	14	33	30
AXA AURORA IBERICA S.A.	10	22	32	24
OCASO, S.A.,	15	21	----	----
CATALANA OCCIDENTE, S.A.	19	26	46	----
BBVA SEGUROS,	12	22	27	29
ZURICH ESPAÑA,	18	----	30	----
PELAYO	18	----	35	24
WINTERTHUR	9	10	25	----
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA,	4	16	----	20
MAPFRE SEGUROS	23	34	----	33
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, CIA.	10	27	----	27
LIBERTY INSURANCE	7	12	----	18

OTROS PRONUNCIAMIENTOS

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007
CASER	64	32	----	36
SANTA LUCIA, S.A.	67	25	38	20
ALLIANZ	43	46	----	----
LA ESTRELLA, S A.	37	41	32	21
AXA AURORA IBERICA S.A.	26	39	19	26
OCASO, S.A.,	31	29	----	----
CATALANA OCCIDENTE, S.A.	31	26	29	----
BBVA SEGUROS,	26	43	33	30
ZURICH ESPAÑA,	24	----	0	----
PELAYO	23	----	19	19
WINTERTHUR	16	17	24	----
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA,	23	24	----	30
MAPFRE SEGUROS	16	30	----	28
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, CIA.	23	18	----	19
LIBERTY INSURANCE	20	20	----	27

En los cuadros se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 15 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas desde 2004 hasta 2007 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 15 entidades con mayor número de expedientes resueltos y su forma de terminación.

Los datos contenidos en el cuadro muestran el total de reclamaciones de cada una de las entidades que se indican, distinguiendo en valores absolutos entre las que finalizaron con un informe favorable al reclamante; las que lo hicieron con un informe favorable a la entidad, desestimando la pretensión del interesado; y por último, en la columna de otros pronunciamientos, se indican los datos de las reclamaciones que finalizaron con la remisión al trámite pericial o a un órgano judicial, aquellas que fueron archivadas como consecuencia del desistimiento por parte del reclamante por la existencia de un pago anterior a la finalización de la reclamación, o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

Además, dentro del cuadro de informes favorables al reclamante se distingue entre el total de reclamaciones que finalizaron con el allanamiento de la entidad a las pretensiones del reclamante y las que finalizaron con un informe estimando su reclamación.

Las entidades con mayor porcentaje de informes favorables al reclamante fueron Caser y La Estella en 2004, Caser y Mapfre en 2005, Catalana Occidente y Pelayo en 2006 y Mapfre y La Estrella en 2007.

Asimismo, entre las entidades con mayor número de reclamaciones son Caser , Santa Lucía, Allianz y Catalana Occidente.

El Servicio de Reclamaciones considera respecto al número de allanamientos elevado que podemos comprobar en cualquier de los años estudiados pone de manifiesto un deficiente tratamiento de las reclamaciones por parte de los departamentos encargados de atender las quejas y reclamaciones en la entidad, ya que únicamente acceden a las pretensiones de los interesados cuando éstos presentan su reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En el caso especial del primer semestre del año 2008, podemos ofrecer una gráfica, del total de los expedientes terminados, 1.311 son expedientes de reclamación, lo que supone un 49,60% del total de expedientes resueltos en el primer semestre de 2008.

Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

a) Las reclamaciones resueltas a favor del reclamante se elevan a 491, lo que supone el 37,45% del total. Si se descompone ese porcentaje, un 20% de los expedientes se resolvieron con un informe en el que se estimaba la pretensión del reclamante y un 17,45% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste. Hay que destacar que es un objetivo del Servicio de Reclamaciones que se reduzca este porcentaje de allanamientos, ya que pone de manifiesto un deficiente funcionamiento de las instancias de reclamación de las entidades, que únicamente acceden a las pretensiones de sus clientes una vez que se ha presentado la reclamación ante el órgano supervisor.

b) La cifra de reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 421, lo que supone el 32,11% del total de las reclamaciones resueltas.

c) El número de reclamaciones resueltas con un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de acudir al trámite pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro asciende a 164, lo que representa el 12,51% del total de reclamaciones resueltas. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración por expertos con conocimientos especializados en la materia de que se trate, por lo que el Servicio de Reclamaciones omite un pronunciamiento expreso, informando de la posibilidad de acudir al trámite pericial.

d) El apartado de "otras formas de terminación" recoge las reclamaciones que finalizan por desistimiento del reclamante, o bien las que se resuelven considerando que existe la firma de un finiquito anterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 112 y suponen el 8,54% del total de las resueltas.

e) La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que determine los hechos por falta de pruebas se eleva a 111, lo que supone el 8,47% del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

f) Por último, las 12 reclamaciones en las que el Servicio conoció, una vez iniciado el procedimiento, que se encontraban pendientes de litigio ante los tribunales de justicia, representan aproximadamente el 1% del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente, informando al interesado de esta circunstancia.

Gestoras con mayor número de reclamaciones / por año

ENTIDAD	2004	2005	2006	2007	2008
SANTANDER PENSIONES S.A, EG. F. P	41	39	36	29	----
BBVA PENSIONES SA EG. F. . P	24	11	16	10	----
CAJA MADRID DE PENSIONES SA, EG-. F. P	4	6	7	5	----

En este cuadro se establece una clasificación de las tres entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas durante los años estudiados desde 2004 a 2008.

El cuadro detalla el número total de reclamaciones presentadas contra cada una de estas entidades, en el Servicio de Reclamaciones y por último, se indica la cuota de mercado por patrimonio gestionado que le corresponde a cada una de estas entidades, pues este último valor permite evaluar si existe una correlación entre la proporción de reclamaciones recibidas y el patrimonio gestionado.

Conviene señalar que las entidades gestoras que más reclamaciones recibieron se encuentran en los primeros puestos del ranking de entidades gestoras con mayor patrimonio gestionado, de acuerdo con los datos de INVERCO. Así Santander Pensiones S.A., E.G.F.P., ocupa el primer puesto en el número de reclamaciones y es la segunda gestora que más patrimonio gestionó durante el 2007. Por otro lado, BBVA Pensiones, S.A., E.G.F.P., ocupa el primer lugar en el ranking de entidades por patrimonio gestionado y es la segunda por número de reclamaciones.

SISTEMAS DE RECLAMACIÓN MÁS UTILIZADOS: S.A.C y DGS

El Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros aprobado por el RD 303/2004, de 20 de febrero, regula el procedimiento de presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones se configura como un mecanismo de resolución de conflictos en materias relacionadas con contratos de seguro y planes de pensiones que deriven de la actuación de entidades aseguradoras, gestoras de fondos de pensiones y mediadores de seguros. Los procedimientos desarrollados ante el Servicio de Reclamaciones son procedimientos extrajudiciales de protección de los derechos de los ciudadanos de carácter gratuito, al margen de las instancias judiciales.

La utilización por los usuarios de servicios financieros de los Comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros para atender sus quejas o reclamaciones se entiende sin perjuicio de la utilización de otros sistemas de protección previstos en la legislación vigente, en especial, en la normativa arbitral y de consumo. Sin embargo, este sistema no es nada eficaz, el comisionado no podrá conocer de consultas, quejas o reclamaciones cuando tengan conocimiento de que el asunto a que se refieran se encuentre o haya sido sometido a cualquier instancia arbitral, administrativa o judicial. En ningún caso, el informe que ponga término a las quejas o reclamaciones tendrá carácter vinculante para el reclamante ni para la entidad a que se refiera, sin perjuicio de remitir a los servicios de supervisión correspondientes aquellos expedientes en los que se aprecien indicios de incumplimiento o quebrantamiento de las normas de transparencia y protección de la clientela.

Por ello, se propone, el citado sistema arbitral, también es una vía extrajudicial que resuelve los conflictos de manera vinculante para las partes que se someten, es un sistema ágil, eficaz y en el que además participan activamente los consumidores. La principal ventaja es que permite el acceso del consumidor sin formalidades especiales, sin coste alguno y sin abogado y procurador. Pero lo lamentable es que de las 260 aseguradoras que existen en España sólo 14 están adheridas a arbitraje.

ANEXO II

CASOS DE MALAS PRÁCTICAS RESUELTOS EN ADICAE

A). TIPO SEGURO.- Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA: Bilbao Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros.

El consumidor puso de manifiesto que la entidad aseguradora, alegando el desconocimiento de la copropiedad del vehículo, no le pagó el importe total de los daños ocasionados en su automóvil por un siniestro. Que aunque sólo aparecía una persona declarada como propietario, la aseguradora conocía la existencia de conductores esporádicos. La entidad aseguradora exponía que el coche era propiedad de dos personas no habiéndose indicado tal extremo en la póliza, aunque la otra persona sí aparecía designada en el contrato como conductor esporádico. Para la entidad, este hecho era relevante a efectos del cálculo de la prima, alegando que no resulta indiferente que el propietario sea una persona o varias. Por esta razón, justificaba la aplicación de la regla proporcional al pago del siniestro, porque la prima que habría tenido que pagarse resultaría superior.

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: Incumplimiento del artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, al no haberse abonado la totalidad de la indemnización.

B). TIPO SEGURO.- Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA: Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija.

El consumidor, tomador de un seguro de automóvil, declaró que después de transmitir la titularidad de su antiguo vehículo y realizar un suplemento de seguro motivado por un cambio de coche, la aseguradora le deduce la bonificación que venía aplicándole en la prima como consecuencia de un siniestro ocurrido con posterioridad a la venta de su antiguo vehículo y del que es responsable su nuevo adquirente. En virtud de lo anterior, los únicos derechos y obligaciones que se transmiten con la venta son los derivados del seguro de responsabilidad civil obligatoria y como el siniestro debía enmarcarse dentro de esta garantía, no cabía imputarlo al transmitente, sino al nuevo adquirente.

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: Incumplimiento del artículo 34 de la Ley de Contrato de Seguro y el artículo 11 de las condiciones generales de la póliza.

C). TIPO SEGURO.- Responsabilidad Civil Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA: Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros.

Después de sufrir un accidente de circulación del que resultó responsable el conductor del vehículo contrario, solicitó a la entidad aseguradora del causante del accidente la indemnización por los daños y perjuicios sufridos. La entidad aseguradora condicionó el abono de la indemnización a la presentación de la factura de la reparación, esto es, a la "imprescindible acreditación de que el importe ha sido destinado a la reparación del daño sufrido en el vehículo y no a cualesquiera otros fines que, en definitiva, supondrían en enriquecimiento injusto". El Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, dispone en su artículo 7 dispone que "*el asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes. El perjudicado, o sus herederos, tendrán acción directa para exigirlo*."

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: Obligación de satisfacer al consumidores la indemnización derivada de los daños y perjuicios, sin que pudiese condicionar su cumplimiento a la previa reparación del vehículo y, por tanto, a la presentación de la factura que acredite el gasto realizado, ya que la obligación en este supuesto deriva de la garantía de responsabilidad civil obligatoria, no de la de daños propios y por tanto habría existido un incumplimiento del artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

D). TIPO SEGURO.- Defensa Jurídica de Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA: Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija.

El consumidor sufrió un siniestro causado por otro vehículo asegurado en su misma entidad. En un primer momento la entidad ofreció al reclamante una cantidad como indemnización por las lesiones sufridas, la cual no fue aceptada. A pesar de tener contratada la cobertura de reclamación de daños, la entidad no le informó de la existencia de conflicto de intereses, ya que ambas partes implicadas en el accidente estaban aseguradas en la entidad reclamada, ni de la facultad de elegir libremente abogado y procurador. Posteriormente, en el juicio seguido con ocasión del siniestro, el abogado de la entidad, actuando en defensa de la otra parte, pactó sin consentimiento del reclamante una indemnización por lesiones menor a la inicialmente ofrecida.

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: falta de defensa de los intereses del reclamante y, en consecuencia, un incumplimiento del artículo 76. f) de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y del artículo 72.6 de las condiciones generales de la póliza.

E). TIPO SEGURO.- Asistencia en Viaje.

ENTIDAD RECLAMADA: SOS Seguros y Reaseguros.

El titular de una tarjeta de crédito emitida por una entidad bancaria, tenía la condición de asegurado en una póliza colectiva de asistencia en viaje emitida por la entidad aseguradora SOS. El siniestro objeto de la reclamación se produjo con motivo de haberse cancelado un vuelo de Air Madrid, por lo que solicitó a la entidad aseguradora los gastos de cancelación del viaje. La entidad rehusó la cobertura del siniestro alegando que únicamente opera la garantía de cancelación de viaje establecida en la póliza en el caso de que los billetes se encuentren confirmados, hecho que se produce únicamente en el momento de la facturación, es decir, cuando la reserva está confirmada. La entidad fundamenta esta manifestación en el Reglamento 261/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establecen normas comunes sobre compensación y asistencia a los pasajeros aéreos en caso de denegación de embarque y de cancelación o gran retraso de los vuelos. Esta norma en su artículo 2, define billete y reserva en los siguientes términos: *billete, todo documento válido que dé derecho al transporte, o su equivalente en forma no impresa, incluida la electrónica, expedido o autorizado por el transportista aéreo o por su agente autorizado; reserva, el hecho de que el pasajero disponga de un billete o de otra prueba que demuestre que la reserva ha sido aceptada y registrada por el transportista aéreo o el operador turístico*. El contrato de seguro es un contrato de carácter voluntario que se rige por las condiciones generales y particulares integrantes del mismo, por lo tanto habrá que atender a lo dispuesto en la póliza para determinar la cobertura del siniestro. La definición de la garantía de cancelación de viaje no define qué se entiende por billete confirmado, por lo que la entidad no puede equiparlo unilateralmente a los términos de billete y reserva definidos en el Reglamente anteriormente citado.

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: el siniestro, la cancelación del vuelo, estaba cubierto por la póliza y en consecuencia, la entidad debería indemnizar al reclamante por el importe equivalente a la cuantía estipulada en la póliza en virtud del contrato celebrado.

F). TIPO SEGURO.- Multirriesgo Hogar.

ENTIDAD RECLAMADA: AXA seguros Generales

A consecuencia de fuertes lluvias, sufrió un siniestro en su vivienda consistente en humedades en paredes y parquet. El técnico enviado por la entidad aseguradora para proceder a la reparación de los daños, en la primera visita, arrancó 3 metros del rodapié de la vivienda, llevándose un trozo del mismo como muestra para realizar posteriormente la reparación. Después de estas actuaciones, la entidad aseguradora no volvió a ponerse en contacto con su asegurado, por lo que éste ordenó por su cuenta la reparación y envió las facturas a la entidad, sin contestación alguna por ésta. La entidad aseguradora alegaba que los daños se debían a filtraciones por agua de lluvia las cuales se encontraban expresamente excluidas de cobertura, por lo que rehusaba el pago del siniestro.

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: contrario a las buenas prácticas y usos financieros que han de regir en el ámbito asegurador la actuación de la entidad aseguradora, ya que si bien del informe pericial encargado por la compañía se desprendía que el siniestro no estaba cubierto, lo cierto era que la compañía había incumplido su deber de comunicar al asegurado el rehúse del siniestro, observándose una pasividad en su actuación.

G). TIPO SEGURO.- Vida.

ENTIDAD RECLAMADA : CAHISPA S.A. de Seguros de Vida.

El consumidor, tomador de un seguro de vida, solicitó el rescate total de la póliza. La entidad alegó que la reclamante realizó, con posterioridad a la suscripción del contrato, una modificación del mismo, incluyendo a su esposo también como tomador en la póliza, por lo que al existir dos tomadores, se requiere el consentimiento de ambos para proceder al rescate. No obstante, ante la negativa de su esposo, incurso en ese momento en un proceso de divorcio con la reclamante, de prestar el consentimiento para proceder al rescate, la aseguradora ofrece la posibilidad de ejercitar el derecho por la parte proporcional que en el crédito corresponda a la reclamante.

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: el consumidor - reclamante podía solicitar el rescate de la póliza únicamente por la parte del crédito correspondiente a su derecho.

H). TIPO SEGURO.- Asistencia Sanitaria con Cobertura de Accidentes.

ENTIDAD RECLAMADA : ASISA, Interprovincial de Seguros S.A.

El asegurado en una póliza de asistencia sanitaria se cayó en una piscina vacía al perder el equilibrio debido a un traspié cuando manipulaba un plástico. Su familia solicitó una ambulancia en el 112, donde les comentaron que en ese momento estaban todas ocupadas, al existir otros casos de urgencia, por lo que optaron por solicitar el transporte a la entidad reclamada.

Ésta les denegó la ambulancia a pesar de la gravedad del paciente, manifestando que ya habían solicitado el servicio al 112, que fue quién finalmente realizó el traslado después de cuatro horas. El asegurado falleció ese mismo día y el Instituto Anatómico Forense confirmó la causa accidental del fallecimiento. La reclamante, viuda y beneficiaria de la póliza de enfermedad, solicitó la prestación por fallecimiento en accidente del asegurado, así como una indemnización por los daños morales causados por la negligente actuación de la entidad aseguradora. La entidad aseguradora deniega la prestación por considerar que el fallecimiento por accidente fue como consecuencia de la enfermedad de Parkinson y demencia senil que padecía el asegurado y por lo tanto le es de aplicación la cláusula establecida en las condiciones generales de la póliza por la cual se excluyen "*los accidentes ocurridos en estado de embriaguez, sonambulismo, locura, en riña o desafío*".

CRITERIO FINAL EN CUANTO A LA ACTUACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: no cabe encuadrar dentro de la exclusión anteriormente mencionada, las enfermedades padecidas por el fallecido, teniendo en cuenta además, que todos los informes médicos y forenses determinaban como la causa de fallecimiento, caída accidental, no mencionándose en los mismos que el accidente fuera causado por las enfermedades del asegurado.

ANEXO III

DATOS ASESORÍA ADICAE

SITUACIÓN RECLAMACIONES EN PROCEDIMIENTO 2008

COORDINADORA	EXPEDIENTES ABIERTOS DE SEGUROS (1/12/2008)
ARAGÓN	36
EXTREMADURA	8
CATALUÑA	22
VALENCIA	18
GALICIA	16
SEVILLA	4
VALLADOLID	6
MADRID	46
TOTALES	156

ADICAE ARAGÓN

Nº expedientes totales: 36
Vida: 8
Hogar: 12
Seguro de préstamo vinculado a crédito hipotecario: 2
Automóviles: 4
Viaje: 2
Desempleo: 2
Decesos: 4

Durante 2008 se abrieron un total de 36 expedientes relacionados con alguna temática de seguros, habiendo pasado algunos la primera fase de reclamación al Servicio de atención o al Defensor del Cliente y algunos estar resuelto a favor del reclamante como en el caso de uno de los seguros de coche, en los que la compañia ha devuelto la parte proopocional no consumida del seguro, por dar de baja el vehiculo con anterioridad al vencimiento de la póliza.

La mayoría de conflictos se suscitan por la denegación de cobertura por parte de la aseguradora, especialmente en los seguros de hogar, que es la rama de seguros con más reclamaciones iniciadas en 2008, con un total de 12 reclamaciones tramitadas.

Repecto a la rama de vida, la segunda en el ranking de reclamaciones realizadas, las entidades suelen incluir formulas matematicas irreales e imposibles respecto al valor de rescate o no entregan copias de los contratos a los consumidores, hecho que también es extensible a otras ramas de seguros.

El seguro de decesos, suelen aprovechar la edad y la incultura financiera del tomador para unilateralmente subir las primas de una manera desproporcionada, en el mes de noviembre y principios de diciembre las pólizas de decesos se han incrementado en aproximadamente un 20-25 %, subida deproporcionada para un consumidor que lleva aportando primas desde hace 40 años.

Finalmente, hacer mención al seguro vinculado al crédito hipotecario, seguro que se había formalizado sin deseo expreso de la asegurada y que se vinculaba de forma obligatoria a la concesión del crédito, rebajando de tal manera el EURIBOR pactado. Práctica muy habitual en las practicas bancarias y que desvitua la Ley de la Competencia Desleal, al realizar un seguro con la aseguradora de la propia entidad bancaria con la que se realiza el prestamo hipotecario.

ADICAE EXTREMADURA

Nº expedientes totales: 8
Vida y Pensiones: 4
Hogar: 2
Amortización préstamo: 2

AICEC CATALUÑA

Nº expedientes totales: 22
Hogar: 8
Vida: 6
Seguro de amortización préstamo hipotecario por invalidez: 2
Seguro de robo: 2
Seguro de decesos: 2

Se abrieron un total de 22 expedientes relacionados con alguna temática de seguros, habiendo pasado algunos (8 en total) la primera fase de reclamación al Servicio de atención o al Defensor del Cliente.

La mayoría de conflictos se suscitan por la denegación de cobertura por parte de la aseguradora, especialmente en los seguros de hogar. No es extraño que la entidad alegue cualquier hecho como falta de comunicación en plazo, o simplemente cuando haya una cuestión poco clara en el clausulado del contrato para declinar su responsabilidad.

Respecto a los de hogar los problemas vienen básicamente por la denegación de cobertura ante siniestro, bien por estar la misma excluida o por cualquier otra anomalía como comunicar el siniestro fuera de plazo cuando en estos casos la aseguradora solo puede repercutir al tomador los daños por la demora y no rehusar el siniestro como hace.

Repecto a los de vida las entidades suelen estblecer clausulas confusas y ambiguas respecto al valor de rescate, derivándolo a una provisión matemática en muchas ocasiones dificil de entender para tomadores de una edad considerable y de un nivel de conocimiento financiero matemático limitado, a lo que suelen acompañar la falta de información y falta de entrega de las condiciones generales.

En cuanto al seguro de robo, éstos presentan el problema de que excluyen el hurto y a veces las cláusulas no quedan demasiado claras respecto a ello. Suelen establecerse en el mismo paquete que el de hogar.

El seguro de decesos, suelen aprovechar la edad y la incultura financiera del tomador para unilateralmente subir las primas argumentando gastos diversos y sin requerir el consentimiento expreso del tomador.

Respecto al seguro de Euribor, este se establece como prima única y su riesgo aparece cubierto si el valor del Euribor supera la cantidad establecidad en la póliza. Esta operación financiera contiene elementos que pudieran excluirla de ser considerada como un seguro, y cuya única finalidad es garantizarse por parte de la entidad una príma única de entrada sin asumir el posible riesgo.

ADICAE VALENCIA

Nº expedientes totales: 18
Vida: 4
Hogar: 6
Invalidez: 2
Automóvil: 4
Protección de pagos: 2

En el caso del seguro protección pagos el beneficiario está desempleado, entra en el supuesto o circunstancia cubierta por el seguro, pero la compañía no le quiere pagar la indemnización. Está presentada la reclamación ante la entidad.

En el caso de uno de los Seguros de vida con plan de jubilación revalorizable: se le informó y asesoró sobre sus derechos, y en el caso del otro Seguro de vida: el socio sufrío un accidente y la aseguradora no le quiere pagar; se presentó reclamación a la entidad.

ADICAE GALICIA

Nº expedientes totales: 16
Vida: 4
Hogar: 6
Invalidez: 2
Automóvil: 4

ADICAE SEVILLA

Nº expedientes totales: 4
Vida: 2
pensiones: 2

Seguro de Vida : existe un problema en cuanto a la interpretación del derecho a rescate cuando vence el plazo de amortización. Está presentada la reclamación ante la entidad.

La segunda de las reclamaciones versa sobre un seguro de pensiones de adhesión individual "ahorro familiar de pensiones”. Existe divergencia entre las partes en cuanto al derecho a percibir el capital al vencimiento del plazo del seguro. Está presentada la reclamación ante la entidad.

ADICAE MADRID

Nº expedientes totales: 46
Automóvil: 6
Hogar: 8
Decesos: 12
Vida: 4
Protección de pagos: 16

ADICAE VALLADOLID

Nº expedientes totales: 6
Viaje: 2
Automóvil: 2
Hogar: 2

En el caso de seguro de viaje, se trata de un seguro contratado a través de Internet junto con un viaje. Días antes de viajar, los reclamantes sufren un robo, donde les sustraen distinta documentación como DNI, carnet de conducir, tarjetas y ponen la correspondiente denuncia ante la policía. Solicitan la cancelación del viaje a través de internet, tres días antes de que se inicie el viaje y solicitan reembolso del mismo. La compañía se niega y argumenta que el robo de la documentación no supone una causa para la devolución de los gastos de anulación que señala el artículo 7.19 de las condiciones particulares del seguro.

En segundo lugar, sobre el seguro sutomóvil "todo riesgo" surge un problema con una mala reparación de su vehículo por parte de un taller y el seguro considera que no es competencia suya. El interesado quiso ponerse en contacto en repetidas ocasiones con la aseguradora, solicitando información y ayuda sin éxito. La atención y trato que recibió fue pésimo por parte de la compañía.

Finalmente, en el caso del seguro hogar la asegurada compró una vivienda nueva y le entregaron las llaves en julio de 2007. En estos momentos la casa tiene las paredes con humedades. El seguro se desentiende del asunto, argumentando que la humedad de la vivienda es consecuencia de un defecto de construcción. La constructora tampoco se hace cargo porque dice que la humedad se debe a una mala ventilación de la vivienda o a la calefacción.

ANEXO IV

JURISPRUDENCIA EN MATERIA DE SEGUROS

JURISPRUDENCIA ANTERIOR AL AÑO 2008

SEGURO DE VIDA (SUICIDIO)

Fecha: 26/04/2000
Publicación: 26/04/2000
Jurisdicción: Civil
Ponente: Jesús Corbal Fernández
Origen: Tribunal Supremo
Tipo Resolución: Sentencia
Sala: Primera

Supuesto de Hecho: Seguro. Suicidio, al clavarse el individuo un cuchillo en la zona inguinal izquierda que afectó a la femoral, hecho producido seguidamente a una situación de gravísima violencia en la que el mencionado privó de la vida a su esposa.

Resumen

Se trata de un contrato de seguro sobre la vida. La prueba de existencia de un suicidio incumbe a la aseguradora, que en el presente caso no lo acreditó, por lo que se le dió la razón al asegurado.
Se trataba de individuo que fallece al clavarse un cuchillo en la zona inguinal izquierda que afectó a la femoral, hecho producido seguidamente a una situación de gravísima violencia en la que el mencionado privó de la vida a su esposa.

La Audiencia señaló que concurría una situación similar a lo que la técnica penalista denomina preterintencionalidad heterogénea, en que se da una discordancia entre lo querido y el resultado producido, resultando sobrepasada la intención del agente y produciéndose un "ultra propositum".

Fallo

Se declaró no haber lugar al recurso de casación interpuesto por el Procurador de la compañía de Seguros y Reaseguros, contra la Sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Palencia el 19 de mayo de 1995 (Rollo 156/95), que confirmó la del Juzgado de 1ª Instancia nº 2 de la misma Capital de 21 de febrero de 1995 (menor cuantía 529/94), que daban la razón a demandante, el beneficiario del Seguro de Vida, condenando a la parte recurrente(la compañía de seguros) al pago de las costas procesales causadas en el recurso, y a la pérdida del depósito al que se dará el destino legalmente previsto.

SEGURO DE VIDA (VINCULADO A PRESTAMO HIPOTECARIO)

Fecha: 19/02/2004
Marginal: 28079110012004100107
Jurisdicción: Civil
Ponente: D. Rafael Ruiz de la Cuesta Cascajares
Origen: Tribunal Supremo
Tipo Resolución: Sentencia
Sala: Primera

Supuesto de Hecho: Procedente reclamación de cantidad contra aseguradora derivada del seguro de vida realizado en garantía de préstamo hipotecario.

Resumen

La representación de la actora formuló demanda en los Juzgados de Primera Instancia contra entidad aseguradora sobre reclamación de cantidad derivada de la cobertura prestada por ésta en caso de fallecimiento de prestatario de un contrato de préstamo, siendo estimada tal pretensión por la sentencia de 12 de febrero de 1997.

Presentado recurso de apelación ante la Audiencia Provincial de Sevilla, ésta por sentencia de 5 de febrero de 1998 estimó el recurso, revocando la resolución recurrida y desestimando la demanda.
Se iinterpueso de nuevo recurso de casación, el Tribunal Supremo declara haber lugar al mismo, anulando y casando la resolución recurrida y confirmando la dictada en primera instancia.

Se trata de un seguro de vida supeditado - como cláusula de garantía - a contrato principal de préstamo hipotecario concertado con entidad de crédito perteneciente al mismo grupo que la aseguradora. Nacimiento y comienzo del seguro desde la fecha de la escritura pública del préstamo. Declaración del riesgo: inexistencia de dolo del asegurado dado que a la fecha que se acredita como la de vigencia del seguro, no conocía su situación sanitaria personal, ni se le habían realizado las pruebas de las que se dedujo la enfermedad que le causó la muerte. Carecen de relevancia, en relación con el contrato de que se trata, circunstancias asimismo omitidas por el asegurado, como la de tratarse de un fumador antiguo y la de haber sido trabajador en minas de carbón, datos que no conllevan, en la mayor parte de los casos, la aparición de enfermedades oncológicas, como la que le produjo al mismo la muerte en 29 de agosto de 1991, siendo, en cualquier caso, meros factores de riesgo, que pueden coadyuvar, o no, a la aparición de la enfermedad, por lo que el resaltarlos es incrementar una posible presunción que carece, en muchísimos casos, de certeza

En el presente supuesto se valora la procedencia de reclamación de cantidad sobre entidad aseguradora. El seguro, de vida, se concertó en garantía para el pago del préstamo hipotecario concedido al tomador en caso de su fallecimiento. La Audiencia absolvió a la demandada, al entender que existió actitud dolosa del tomador, dado que ocultó enfermedad a la hora de suscribir la póliza, causa que sirvió de base para la absolución. El Tribunal Supremo revoca tal resolución y condena al demandado.

El recurrente alega como motivo formal el quebrantamiento de las formas esenciales del juicio, por revisión de la prueba en la Audiencia sin causa para ello, motivo que se rechaza, dado que en apelación el Tribunal posee plenas facultadas para la la revisión probatoria, si bien ésta se encuentra limitado por aquello que se haya solicitado por las partes, para no incurrir en incongruencia.

Desde un punto de vista del fondo dos son las cuestiones que se valoran y se acreditan: la primera de ellas la existencia del seguro a la fecha del fallecimiento del prestatario, dado que se alega por el demandado que no estaba en vigor. La vigencia del mismo en tal momento se acredita por la interpretación del documento público en el que se acredita el carácter derivado del seguro del préstamo, acuerdo principal, del que se deduce que la fecha es anterior al del fallecimiento del asegurado.

También se desestimó en apelación la demanda por entender que se ocultó información sobre la salud del fallecido prestatario. Sin embargo, tal situación se rechaza, pues se considera que no existió actitud dolosa o negligente por su parte, dado que a la fecha que se acredita como la de realización del seguro, no conocía su situación sanitaria personal, ni se le habían realizado las pruebas de las que se dedujo la enfermedad que le causó la muerte.

La estimación de los dos últimos motivos provoca la del recurso y la condena de la aseguradora.

JURISPRUDENCIA DEL AÑO 2008

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA (COBERTURA EN CASO DE VIOLENCIA)

Audiencia Provincial de Alicante (Sección 6ª). Sentencia núm. 185/2008 de 5 mayo

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA: cobertura de asistencia sanitaria en caso de lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva: siniestro ocurrido dentro del período de carencia de los seis meses para la realización de la resonancia magnética.
Jurisdicción: Civil
Recurso de Apelación núm. 581/2007
Ponente: Ilmo. Sr. D. José María Rives Seva

La Audiencia Provincial de Alicante declara no haber lugar al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha20-06-2007dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 6 de Denia. Por el Juzgado de Primera Instancia núm. Seis de la Ciudad de Denia y en los autos de Juicio Ordinario núm. 416/05 en fecha 20 de junio de 2007 se dictó sentencia cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente:

"FALLO.- Que estimando íntegramente la demanda interpuesta por D. Armando contra la Mutualidad General Deportiva, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija debo declarar y declaro la nulidad de la cláusula quinta de las Condiciones Generales de la Póliza de seguro suscrita el 10 de junio de 2003 entre la Federación de Rugby de la Comunidad Valenciana y la Mutualidad General Deportiva y en consecuencia debo condenar y condeno a la entidad demandada a que preste la asistencia sanatorial necesaria al demandante por la lesión sufrida en la rodilla durante la celebración del partido de Rugby de la competición de la liga autonómica 2ª división territorial sur, celebrado en la ciudad de Orihuela el 16 de noviembre de 2003, prestación asistencial que habrá de comprender la práctica de las pruebas necesarias para el diagnóstico de la lesión, incluida la resonancia magnética prescrita, así como la asistencia médico-quirúrgica, farmacológica o de rehabilitación necesaria para la curación de la lesión que sea diagnosticada, así como al pago de las costas procesales."

Para la debida resolución del presente procedimiento hemos de partir de los siguientes elementos fácticos: Don Armando era jugador de rugby en el Club Denia Rugby, con licencia federativa de la Federación de Rugby de la Comunidad Valenciana. El día 16 de noviembre de 2003 en el transcurso de un partido con el Orihuela Rugby Club sufrió una lesión de rodilla, acudiendo posteriormente a la Clínica San Carlos de Denia donde se le diagnosticó una gonalgia izquierda con probable rotura meniscal. Que pretendió de la Mutualidad General Deportiva la práctica de una resonancia magnética para saber el alcance de la lesión y que a la fecha de la demanda (22 de junio de 2005) no se le ha practicado ni ha recibido contestación alguna. La demanda tiene como suplico concreto el que se declare la nulidad de la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza de la Mutualidad y que se condene a la demandada a que diagnostique la lesión y que realice el tratamiento oportuno.

La entidad demandada, aún reconociendo la existencia de la póliza, se opuso a la demanda alegando el desconocimiento del siniestro, pero admitiendo que cubrió los gastos del deportista en la Clínica San Carlos, alega que éste no se puso en contacto con ella para efectuar reclamación alguna desde la ocurrencia del hecho en 2003 hasta la demanda en 2005. Que no se está pidiendo la práctica de la resonancia magnética, y que en todo caso ésta está excluida en la póliza. Por lo que interesó la desestimación de la demanda.

Ello está fuera de lugar desde el mismo momento en que la propia parte reconoció que abonó los gastos sanitarios sufridos por el lesionado en su atención en la Clínica San Carlos de Denia, pues siendo ello así, es lógico pensar que el parte del accidente le fue remitido y recibido, por lo que no puede ahora ir en contra de sus propios actos. Por todo lo cuál procede la confirmación de la sentencia de instancia con la desestimación del recurso de apelación.

SEGURO DE VIDA (DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO)

Audiencia Provincial de Castellón (Sección 3ª). Sentencia núm. 118/2008 de 11marzo
SEGURO: DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: incumplimiento: improcedencia: falta de acreditación por la demandada de que el asegurado suscribiera el cuestionario de salud: preguntas genéricas: imprecisión en el planteamiento del cuestionario: falta de acreditación de que la incidencia cardiaca sufrida le supusiera incapacidad física o merma en sus habituales condiciones de vida: inexistencia de dolo.

Jurisdicción: Civil
Recurso de Apelación núm. 580/2007
Ponente: Ilmo. Sr. D. José Manuel Marco Cos

La Audiencia Provincial de Castellón declara no haber recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha05-07-2007dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Castellón.

En la Ciudad de Castellón, a once de marzo de dos mil ocho.
El Fallo de la Sentencia apelada literalmente establece: "Que estimando la demanda interpuesta por la Procuradora Doña Carmen Valverde Martín en nombre y representación de Doña Melisa debo condenar y condeno a la compañía ASEGURADORA VALENCIANA, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS (ASEVAL) a que abone a la entidad Bancaja el importe que a fecha en que se produzca el pago del capital asegurado se adeude por el préstamo hipotecario núm. 05885210280383, y en exceso hasta llegar a los 27,805,74 euros abonarlos a la actora como beneficiaria del seguro, a quien se abonarán intereses del artículo 20 de la LCS (RCL 1980, 2295) , con expresa imposición a la demandada de las costas causadas".

“Doña Melisa, que fue de esposa de Don Alejandro, fallecido el día 11 de enero del año 2006, interpuso demanda contra Aseguradora Valenciana SA (Aseval, en lo sucesivo), en su condición de beneficiaria designada por su esposo, que concertó con la citada entidad un contrato de seguro de vida denominada "Seguro Vida Préstamo Hipotecario", cuya finalidad principal es garantizar la amortización del préstamo con garantía hipotecaria concedido por una entidad bancaria, en el presente caso Bancaja. La aseguradora demandada se opuso a la reclamación alegando, básicamente, que el asegurado había faltado a la verdad al cumplimentar el cuestionario de salud previo a la concertación de seguro.

La aseguradora achaca al asegurado ocultación dolosa al cumplimentar el citado cuestionario del infarto del miocardio que había sufrido en el año 1996, por cuanto dicha incidencia es de importancia para la valoración del riesgo por parte de la aseguradora.

La alegación por la aseguradora demandada de que el asegurado fue inveraz al cumplimentar el cuestionario sobre su estado de salud y hábitos de vida, en relación con la impugnación de dicho documento por la parte actora, impone una doble verificación:

*en primer lugar, su hubo tal impugnación y cuál fue el alcance de la misma;
*en segundo término, si la respuesta fuera negativa, si se cumplió por aquél la obligación de

veracidad en la declaración del riesgo que impone el artículo 10 LCS (RCL 1980, 2295) al disponer que el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Por lo tanto, lo primero que debe verificar este tribunal es si, a la vista de la impugnación que por la parte actora se hizo del documento en que se contiene el cuestionario traído los autos por la aseguradora, se ha probado que el mismo fue cumplimentado o, por lo menos, suscrito por el asegurado Don Alejandro.

1. Frente a la conclusión judicial de que no se ha probado por la demandada que el asegurado suscribiera el repetido cuestionario de salud, obrante al folio 54 de los autos, basa su recurso la aseguradora en que, en realidad, nunca se puso en duda que la firma puesta al pie del mismo fuera la del asegurado, sino que únicamente se alegó por la parte actora que desconocía a cuál de los varios seguros suscritos se refería el repetido cuestionario, puesto que no llegó a plantearse una propia impugnación del documento.

El rechazo de este alegato deriva de los términos en que se produjo la impugnación del tan mentado cuestionario. En el propio escrito de recurso se dice que fue impugnado el documento y se reconoce que por la defensa de la parte actora se alegó que no se acreditaba que el asegurado cumplimentara o firmara el cuestionario, a lo que se añadió la negativa de que hubiera habido una ocultación dolosa del estado de salud. Por lo tanto, pocas dudas podrían caber de que, al negarse por la demandante que el asegurado hubiera cumplimentado la declaración escrita sobre las circunstancias del riesgo, a la aseguradora debía incumplir la carga de probar el hecho que se cuestionaba.

Por lo tanto, no se ha infringido ni el artículo 1225 Código Civil (LEG 1889, 27) , ni tampoco el artículo 326 de LECiv (RCL 2000, 34 y 962) . El apartado 1 del precepto señalado en último lugar condiciona el efecto probatorio de los documentos privados a que su autenticidad no haya sido impugnada por la parte a la que perjudiquen y en el presente caso es claro que se produjo tal impugnación. Por otro lado, el siguiente apartado 2 dice que cuando se produzca la impugnación, la parte que ha presentado documento impugnado puede pedir el cotejo pericial de letras o proponer cualquier otro medio de prueba que resulte útil y pertinente al efecto. Y ésta es la posibilidad que no ha sido utilizada por la demandada, pues fue ella la que trajo a los autos el tan repetido cuestionario. A lo ya dicho cabe añadir que, como se dice en el escrito de oposición al recurso, el citado documento es una simple fotocopia no autenticada o testimoniada, por lo que la presentación del documento de continua mención no se ajustó a lo que dispone el artículo 268. 1 LECiv, que establece que los documentos privados deben presentarse en original o mediante copia autenticada por fedatario público competente, añadiendo el apartado 2 que la copia surte los mismos efectos que el original siempre que la misma no sea objeto de impugnación que, como hemos visto, se produjo en el presente caso.

En consecuencia, si la aseguradora demandada es quien, por razones evidentes, debe tener en su poder el original del cuestionario de salud que pudo haber suscrito en su día el demandado y, en cambio, no lo trajo a los autos, habrá de hacerse cargo de las consecuencias negativas de su pasividad. Y, además, también desde la perspectiva de la disponibilidad y facilidad probatoria (artículo 217.6 LEC) era Aseval quien estaba en condiciones de traer dicho original para así acreditar la autenticidad del documento discutido, y ni aportó aquél, ni pidió prueba para probar ésta. Era elemental, a tal fin, la práctica de la correspondiente pericia caligráfica, que no fue solicitada en tiempo y forma por la parte a quien incumbía la carga probatoria del extremo a que nos referimos.

Como bien se dice en la sentencia apelada, es totalmente insuficiente a tales efectos la declaración testifical de Señor Serafin, que declaró en su condición de trabajador de la demandada y que ilustró al tribunal acerca de la mecánica seguida habitualmente en el proceso de contratación de seguros como el que nos ocupa y sobre la confección de cuestionarios. Pero en ningún momento dijo haber sido él quien tuvo los tratos con el asegurado, o haber estado presente cuando se cumplimentó el cuestionario, por lo que no podemos sino compartir el criterio de la juez de primer grado al concluir que no se había acreditado que fuera el asegurado quien rellenara y firmara la declaración discutida.

2. Pero es que, sin perjuicio de lo que acabamos de decir y siquiera a mayor abundamiento, la proyección de la doctrina jurisprudencial a que enseguida nos referiremos sobre el documento fotocopiado que obra al folio 54 y que contiene el "cuestionario de salud y actividad" -aportado por la aseguradora- conduce igualmente a una conclusión negativa para los intereses de la demandada.
Decíamos en nuestras sentencias núm. 241 de 23 de julio de 2002 y núm. 189 de 9 de junio de 2004 que si en toda relación contractual es esencial la buena fe, y así lo destacan tanto el artículo 1258 del Código Civil como el artículo 57 del Código de Comercio (LEG 1885, 21) , la buena fe como elemento integrante de la actitud o del comportamiento de las partes tiene especial relevancia en el contrato de seguro, hasta el punto de que se ha destacado por la doctrina que el contrato de seguro es un contrato de buenísima, de óptima fe ("uberrimae fidei contractus"), en el que este componente destaca, no sólo en el desarrollo o ejecución de la relación contractual, sino también en un momento anterior a la perfección del contrato, en la fase precontractual. Y el aspecto en el que adquiere especial relevancia dicha buena fe, aun antes de la conclusión del contrato, no es otro que el relativo a la declaración del riesgo.

Aunque se habla de un "deber de declaración" del tomador del seguro, el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295) , al decir que el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, "de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo", configura, no tanto un deber de declaración, como de respuesta al cuestionario que formula el asegurador sobre los datos que estima oportunos. Este deber tiene la finalidad de evitar que el asegurador caiga en un error de apreciación del riesgo, y por tanto, realice un contrato no querido. O, lo que es lo mismo, bajo unas condiciones no queridas. Se trata de un deber de información-colaboración para evitar el error de la contraparte, que si bien viene exigido con carácter general por el principio de la buena fe, en el contrato de seguro viene impuesto expresamente por la Ley. En esta misma línea, la jurisprudencia vincula esta obligación de declarar sobre las circunstancias influyentes en el riesgo a la óptima fe (uberrima fides) que en el contrato de seguro ha de guiar el comportamiento de las partes. Recalca la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de julio de 1994 (RJ 1994, 6383) que "Los asegurados tienen el deber, que actúa como una respuesta con acentuado contenido obligacional, de declarar de la manera más exacta posible todas las circunstancias que conozcan y puedan ser influyentes en la valoración del riesgo. Las reticencias, inexactitudes y omisiones de la situación del riesgo asegurado, juegan en su contra y no les pueden favorecer, dadas las peculiaridades del contrato de seguro, que exige al máximo la concurrencia de la buena fe de las partes".
La regulación legal conduce a que quien pretende contratar con la aseguradora cumple con limitarse a contestar al cuestionario que ésta la presente, tal como indica el artículo 10 LCS (RCL 1980, 2295) . La meridiana claridad con que el artículo 10 establece la obligación del contratante de contestar al cuestionario, excluye, en principio, que pueda exigirse la manifestación de circunstancias sobre las que no se ha formulado pregunta alguna.

Como dice la STS de 22 de febrero de 2001 (RJ 2001, 2609) , ha reconocido la doctrina científica y señala la sentencia del TS de 11 de noviembre de 1997 (RJ 1997, 7870) , el deber de información que el art. 10 de la Ley 50/1980 impone al tomador del seguro ha sido concebido más que como un

deber de declaración, como un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunta por el asegurador; aunque este deber de información se extiende a todas las circunstancias subjetivas u objetivas que, de ser conocidas por el asegurador, puedan influir decisivamente en su voluntad de celebrar el contrato, las consecuencias que establece el citado art. 10 exigen la existencia de un cuestionario formulado por el asegurador previamente a la celebración del contrato.

Por si no fuera suficientemente clara la redacción del primer párrafo del artículo 10 LCS, su último inciso es meridiano al liberar al tomador del deber de declaración cuando no se presente cuestionario o cuando no se hayan comprendido en el mismo preguntas concretas sobre las circunstancias que puedan ser relevantes ("Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él", como dice el inciso añadido por el artículo 3.1 de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre [RCL 1990, 2627] , de adaptación del derecho español a la Directiva 88/357/CEE [LCEur 1988, 792] , sobre libertad de servicios en seguros distintos al de vida, y de actualización de la legislación de seguros privados). Por otra parte, y teniendo en cuenta el carácter profesional de la empresa de seguros y sus conocimientos técnicos, es difícil imaginar que pueda escapársele del ámbito del cuestionario que prepara, o pasarle por alto, algún extremo que pueda ser relevante en la valoración del riesgo. Además, si se produce tal eventualidad, será imputable a las deficiencias y falta de pericia profesional de la aseguradora, que por sí solas serían suficientes para justificar que hubiera de pechar con las consecuencias gravosas de su descuido.

En la misma línea jurisprudencial, se dice en la STS de 1 de junio de 2006 (RJ 2006, 3063) que: "El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro ha concebido más que un deber de declaración un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunta por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, si cabe, con la modificación producida en el apartado 1º de este artículo 10, al añadirse el último párrafo del mismo que dice que: «quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en el». El cambio operado en la concepción de este deber de declaración del riesgo respecto a la que prevalecía en el Código de Comercio ha alterado sustancialmente la normativa anterior.

El artículo 10, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del cuestionario que le somete el asegurador. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario que tiene su precedente en el derecho suizo. A diferencia del artículo 381 del Código de Comercio, en el que el asegurado estaba obligado a decir todo lo que sabía sobre el riesgo (...), el artículo 10 circunscribe el deber de declaración al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador del seguro.

El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de noviembre de 1993 [RJ 1993, 9136] y 28 de octubre de 1998)".
Con arreglo a la cita doctrina legal la declaración del asegurado sobre las circunstancias del riesgo a que se refiere el artículo 10 LCS se configura como un deber de respuesta al cuestionario que debe ser elaborado por la aseguradora y debe versar sobre las circunstancias que pueden influir en la valoración de los riesgos.

Pues bien, en el presente caso las preguntas del cuestionario versaron sobre si el declarante está de baja (1), ha padecido o padece enfermedad que le haya obligado a interrumpir su actividad laboral durante más de 15 días seguidos en los últimos cinco años (2), ha padecido o padece afecciones de sangre, hígado, infecto contagiosa o de transmisión sexual (3), tiene alteración física o funcional, ha sufrido accidente grave, ha sido intervenido quirúrgicamente o ha recibido transfusión de sangre (4), le han recomendado consulta médica, hospitalización o sometimiento a tratamiento o intervención quirúrgica (5), peso y talla (6), tensión arterial (7), fumador de más de 40 cigarrillos diarios (8), sometido al test de SIDA o recomendada dicha prueba (9), consumo habitual de bebidas alcohólicas, ansiolíticos, estupefacientes o algún otro tipo de medicación (10), práctica deportiva (11) y profesión (12).

En relación con el contenido de las cuestiones expuestas y teniendo en cuenta que el asegurado había sufrido en el año 1996 un infarto de miocardio, del que no consta ni el tiempo que le supuso de baja laboral, ni tampoco que diera lugar a la necesidad de intervención quirúrgica, puesto que las preguntas son notablemente genéricas y de formulario, no resulta evidente que quien contestara al mismo en las circunstancias del asegurado debiera manifestar el episodio cardiaco parecido varios años antes.

Tal imprecisión en el planteamiento del cuestionario, que solamente puede perjudicar a la aseguradora que lo crea, viene confirmada por la cumplimentación de los apartados 12 y 13 que, como ya hemos dicho, se refieren a la práctica deportiva y a la profesión del asegurado. Resulta que, mientras los demás apartados aparecen cumplimentados de forma manuscrita (simplemente marcando con un aspa una de las dos opciones "si" o "no"), los citados 12 y 13 fueron rellenados mecanográficamente, como es de ver en el citado documento y, además, con expresiones sumamente genéricas y de no fácil comprensión, tales como "cualquier tipo de deporte no agravado" o "cualquier profesión no agravada", lo que ni tiene un claro significado, ni tampoco informa ni sobre la profesión, ni sobre los deportes practicados por el asegurado.

Es el momento de recordar que, con arreglo a la STS de 24 de noviembre de 2006 (RJ 2006, 7895) que "la concepción del deber de declaración como deber de contestación por parte del futuro contratante a un cuestionario presentado por el asegurador, supone una colaboración de éste no sólo a los efectos de la elaboración del cuestionario, sino también en cuanto que el asegurador ha de insistir en la petición de información cuando ésta sea insuficiente para hacer la oportuna valoración del riesgo".

Y en el caso de autos ninguna aclaración o precisión fue solicitada por la aseguradora que confeccionó cuestionario tan falto de precisión como el de referencia.

3. Por último, no podemos prescindir de que el artículo 89 LCS dispone que "En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador haya actuado con dolo".

En relación con el precepto transcrito, la STS de 11 de junio de 2007 (RJ 2007, 3651) dice que: "Las cláusulas de incontestabilidad o inimpugnabilidad del contrato de seguro de vida tienen por objeto dotar de certeza jurídica al tomador del seguro acerca de que la póliza de seguro de vida no va a ser objeto de impugnación a consecuencia de una declaración inexacta o errónea y es acorde

con el carácter de seguros de suma que los de vida tienen. La doctrina ha mantenido que el plazo establecido es un plazo de caducidad en beneficio del tomador del seguro mediante el cual se acortan los plazos legales de prescripción de la acción de nulidad o rescisión del contrato por diferencias o inexactitudes en la declaración del riesgo".

En nuestro Derecho esta cláusula se halla acogida en artículo 89 LCS, con arreglo al cual «[e]n caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo».

Y en el trance de combinar la aplicación del citado art. 89 LCS, con el art. 10 de la misma Ley, al que ya nos hemos referido, se sostiene en la misma STS de 11 de junio de 2007 que debe primar el primero de tales preceptos, que "que reconoce validez y eficacia de las cláusulas de incontestabilidad, una vez transcurrido un año a contar desde la fecha de conclusión del contrato, salvo que las partes hubieran fijado un término más breve en la póliza, y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo. El precepto se impone al general del artículo 10, que lo refiere, pero introduce la especialidad que se deja reseñada al utilizar la expresión `sin embargo´".
Esta resolución del Alto Tribunal invoca y mantiene la doctrina contendida en la STS de 30 de septiembre de 1996 (RJ 1996, 6822) , que confirmó la de instancia, que concluyó que, al no concurrir dolo y haber transcurrido con exceso el plazo legal de un año, no podía triunfar la postura de la aseguradora.

a) Pues bien, en el presente caso resulta que mientras la póliza con número de certificado individual 1399516058 fue suscrita en el año 1999, tal como dice la aseguradora y resulta del contenido del documento del folio 52, el fallecimiento del asegurado tuvo lugar en el año 2006, cuando había transcurrido en exceso el plazo de un año durante el cual el asegurador puede impugnar el contrato en los casos de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador.

b) Cierto es que, de conformidad con el precepto citado, dicha posibilidad de impugnación se mantiene tras el transcurso del plazo indicado en los casos en que el tomador del seguro haya actuado con dolo. Obsérvese que, a diferencia de la previsión del artículo 10 LCS, que habla de "dolo o culpa grave", el artículo 89 de aplicación preferente a los seguros de vida únicamente contiene la excepción de dolo.

En cuanto al dolo en esta materia, es de interés la doctrina sentada en la STS de 11 de mayo de 2007 (RJ 2007, 2134) , que recuerda que:

"*la jurisprudencia de esta Sala específicamente centrada en los arts. 89 y 10 de la Ley de Contrato de Seguro define el dolo al que tales preceptos se refieren como la «reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo» (SSTS 31-12-98 [RJ 1998, 9775] , 26-7-02 [RJ 2002, 8550] y 31-5-04 [RJ 2004, 3554]). La última de estas sentencias pone a su vez en relación el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro con el art. 1269 CC y con la jurisprudencia al respecto para declarar que «El concepto de dolo que da el art. 1269 CC, no sólo comprende la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente -SS. 6 de junio de 1953 (RJ 1953\1658), 7 de enero de 1961 y 20 de enero de 1964 (RJ 1964\355)-, siendo esta segunda forma o modalidad de dolo a la que se refiere el inciso final del párrafo tercero del art. 10, como resalta la Sentencia de 12 de julio*

de 1993 (RJ 1993, 6006) al decir que el dolo que se aprecia es, evidentemente, de naturaleza negativa, en cuanto supone reticencia en la obligada [persona obligada] que silenció los hechos y circunstancias influyentes y determinantes de la conclusión del contrato que de haberlos sabido la otra parte influirían decididamente en su voluntad de celebrar el contrato y que encuentra encaje en el art. 1269 CC -S. (SS. 26 El dolo es el engaño causado maliciosamente haciendo creer al otro contratante lo que no existe u ocultando la realidad (S. 3 de octubre de 2003 [RJ 2003, 6496])»".

Y mientras tanto en el supuesto examinado por esta STS, como en el estudiado en la STS de 14 de junio de 2007 (RJ 2007, 3520) , se apreció la existencia de dolo por parte del asegurado que contestó negativamente a las preguntas del cuestionario relativas a sus afecciones de salud, pese a encontrarse a la sazón inmerso en un proceso de enfermedad, ya manifestada y en proceso de tratamiento y práctica de las correspondientes pruebas médicas, en el de autos no es apreciable conducta maliciosa (ni siquiera constitutiva de culpa grave) por parte del tomador y asegurado Don Alejandro.

Además de que no se ha acreditado que fuera él quien cumplimentara y firmara el cuestionario y de la poca concreción de las preguntas del mismo, a la que ya nos hemos referido, tan cierto es que varios años antes había sufrido un infarto de miocardio, lo que no se niega y consta en su historial médico (folios 118 al 128 y folios 142 al 167), como que no hay prueba de que dicha incidencia cardiaca le supusiera incapacidad física o merma en sus habituales condiciones de vida, como tampoco se ha probado que fuera seguida de otros episodios similares antes de haber contestado el cuestionario (ni después, con excepción del fulminante que la causó la muerte), lo que excluye la apreciación por su parte del dolo, concebido como reticencia maliciosa a responder a las preguntas del cuestionario con la finalidad de que la aseguradora se hiciera una representación del riesgo diferente a la realmente existente.

En definitiva, por todos y cada uno de los motivos que acabamos de exponer procede la confirmación de la resolución recurrida y el consiguiente rechazo de la apelación interpuesta contra la misma.

TERCERO

La desestimación del recurso que conducen los anteriores razonamientos comporta la imposición a la parte apelante de las costas causadas en la segunda instancia (art. 398 LECiv [RCL 2000, 34 y 962]).

FALLAMOS

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación,
Que, DESESTIMANDO el recurso de apelación formulado por la representación procesal de ASEVAL, SA contra la Sentencia dictada por la Ilma. Sra. Magistrada Juez del Juzgado de Primera Instancia número 1 de Castellón en fecha cinco de julio de dos mil siete, en autos de Juicio ordinario seguidos con el número 777 de 2006, debemos confirmar y CONFIRMAMOS la resolución apelada e imponemos a la parte recurrente las costas causadas por su apelación.

Notifíquese la presente Sentencia y remítase testimonio de la misma, junto con los autos principales al Juzgado de procedencia, para su ejecución y cumplimiento.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se unirá certificación al Rollo, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

SEGURO DE HOGAR (RECARGO POR DEMORA)

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia núm. 283/2008 de 28 abril

SEGURO: RECARGO POR DEMORA: existencia: responsabilidad civil para cobertura de resultados negligentes o culposos: lesiones derivadas de riña: falta de justificación de las posibles dudas iniciales sobre la cobertura del siniestro tras conocer la condena penal del asegurado; SEGURO DEL HOGAR: incluye las lesiones por riña en un restaurante; SENTENCIA: MOTIVACION INSUFICIENTE: inexistencia: la justificación de la aseguradora para evitar el recargo por demora está deducida de la razonabilidad de su oposición a estimar que el siniestro tuviera cobertura en el contrato de seguro.

Jurisdicción: Civil
Recurso de Casación núm. 318/2001

El Juzgado de Primera Instancia dictó Sentencia con fecha 17 de enero de 2000, cuya parte dispositiva es como sigue: "FALLO: Que estimando la demanda interpuesta por el Procurador Dª Mª DEL CARMEN REDONDO MARTINEZ, en representación de D. Rubén, contra la compañía de seguros AMAYA, SA, debo declarar y declaro haber lugar a la misma y, en consecuencia, debo condenar y condeno a la demandada a que pague al actor la cantidad de diez millones de pesetas (10.000.000 de ptas.), más los intereses legales e imponiéndole el pago de las costas procesales."

Es cierto que la sentencia recurrida se limita a afirmar, en su fundamento de derecho cuarto, que "habida cuenta de las circunstancias del caso, no cabe hacer frente a la Compañía demandada imputación de morosidad injustificada a los efectos del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro ". También lo es que tal formulación resulta notoriamente insuficiente por sí sola para integrar la motivación constitucionalmente requerida, si no es porque "las circunstancias del caso" no sólo están presentes en otros lugares de la resolución sino que, además, evidentemente son conocidas por las partes ya que generaron discusión sobre la cobertura del siniestro por parte de la aseguradora, que igualmente tuvo en cuenta la sentencia de la Audiencia Provincial.

Las sentencias de 28 octubre 2005 (RJ 2005, 7616) , 5 abril 2006 (RJ 2006, 2081) y 16 abril (RJ 2007, 3552) , 13 julio (RJ 2007, 4682) y 18 septiembre 2007 (RJ 2007, 5074) , entre las más recientes, aluden a la existencia de motivación suficiente cuando la lectura de la resolución permita comprender las reflexiones tenidas en cuenta por el juzgador para llegar al resultado o solución contenidas en la parte dispositiva. Ello porque, como resulta evidente, el requisito de la motivación no es de carácter formal, sino material, de modo que lo exigido es que la parte que se ve perjudicada por un determinado pronunciamiento judicial conozca cuál es la razón de que el tribunal se pronuncie de ese modo, con independencia, incluso, de que tales razones o fundamentos sean acertados y, por supuesto, de que puedan ser compartidos por la parte; ya que, fuera de los supuestos de arbitrariedad o irrazonabilidad -que equivaldrían a una falta de cumplimiento del requisito- la motivación desacertada habrá de ser combatida a través de otros motivos casacionales puesto que la propia posibilidad de calificación sobre su desacierto pone de manifiesto que la motivación existió. Es cierto que no cabe admitir, con carácter general, la llamada motivación implícita, que podría llevar a situaciones de indefensión y haría recaer injustificadamente sobre la parte la carga de averiguar con acierto el sentido de tal motivación, pero no puede negarse la existencia de otros supuestos - como el presente- en que la motivación, aun no expresada positivamente en el lugar adecuado, se halla contenida y se desprende inequívocamente del contenido de la resolución.

En el caso presente, como se ha adelantado, es claro que la Audiencia ha estimado que la aseguradora estaba amparada por una causa justificada para no atender inicialmente el pago de la indemni-

zación y esta causa, según se deduce de la propia sentencia y con independencia de que merezca o no tal calificación de "justificada", consistía precisamente en la razonabilidad de la oposición de la aseguradora a estimar que el siniestro estaba cubierto en virtud del contenido del contrato de seguro. En consecuencia no puede considerarse que falte la motivación y el motivo ha de perecer.

TERCERO

Los motivos segundo y tercero carecen de toda justificación en tanto vienen a alegar la infracción de normas que se dicen inaplicadas por la Audiencia a efectos de deducir de ellas la inexistencia de causa justificativa del impago de la indemnización por la aseguradora y, correlativamente, la necesidad de aplicar los intereses moratorios previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295) que, sin embargo, no se alega como infringido en ninguno de los expresados motivos. Se afirma así que se ha vulnerado el artículo 1.281 del Código Civil (LEG 1889, 27) y se ha aplicado indebidamente el artículo 1.288 del mismo código (motivo segundo) y, por otro lado, que se ha vulnerado el artículo 3, párrafo primero, último inciso, y el artículo 73, ambos de la Ley de Contrato de Seguro, así como el artículo 1.256 del Código Civil (motivo tercero) cuando precisamente la aplicación de tales normas es la que ha dado lugar a la estimación de la demanda formulada por el hoy recurrente y a la consideración de que el siniestro estaba cubierto por el contrato de seguro; lo que, en primer lugar el Juzgado y luego la Audiencia al confirmar la sentencia en este punto, han establecido a partir de la interpretación del contrato y la consideración de que cualquier oscuridad en la fijación de su cobertura no debía perjudicar a la parte que no la había causado, en este caso el tomador y asegurado.

En consecuencia, ambos motivos han de ser desestimados.

CUARTO

El motivo cuarto se refiere ya en concreto a lo que, en realidad, constituye el núcleo del recurso -la aplicación o no del recargo de demora a la aseguradora- y denuncia como infringidos los artículos 2 y 20 de la Ley de Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295) , por inaplicación, y el artículo 921, párrafo cuarto, de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEG 1881, 1) , por aplicación indebida, en relación con la jurisprudencia de esta Sala.

La invocación como infringido del artículo 2 de la Ley de Contrato de Seguro no aparece justificada ni desarrollada posteriormente en los razonamientos que acompañan al motivo, ignorándose el concepto en que se estima producida la infracción, cuando el precepto se limita a establecer la imperatividad de las normas de la Ley de Contrato de Seguro que, en forma alguna, podría entenderse conculcada pues el propio artículo 20 admitía expresamente una excepción a su aplicación. Del mismo modo, a la hora de resolver sobre el presente motivo, resulta innecesario razonar sobre si se actuó correctamente al tener en cuenta lo dispuesto por el artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1881, pues la aplicación o no de dicho precepto está en función de lo que se considere respecto de la oportunidad de aplicar, como norma específica, el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro o no hacerlo -como entendió la Audiencia- por la existencia de causa justificada para ello, ya que el propio artículo 921 establece como preferente la aplicación de disposición especial reguladora de los intereses por lo que, sólo a falta de ésta, o excluida en el caso su aplicación, se cuantificará el interés en la forma establecida por dicha norma.

En la fecha del siniestro -2 de septiembre de 1995- el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, posteriormente reformado por la Disposición Adicional 6ª de la Ley 30/1995, de 8 noviembre (RCL 1995, 3046) , que le dio su actual redacción, se limitaba a establecer que «si en el plazo de tres

meses desde la producción del siniestro el asegurador no hubiere realizado la reparación del daño o indemnizado su importe en metálico por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en un 20 por 100 anual». Una de las posibles "causas justificadas" que se arguyeron frecuentemente por las entidades aseguradoras para evitar el pago de dicho recargo, ciertamente muy oneroso, fue la de la posible falta de cobertura del siniestro por no estar exactamente determinadas las causas del mismo. La sentencia de 11 de junio de 2007 (RJ 2007, 3651) viene a decir que «con reiteración esta Sala ha declarado, en relación con el recargo por demora en el pago de la indemnización que impone el art. 20 LCS (RCL 1980, 2295) , tanto en su primitiva redacción como en el texto vigente dado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, que se excluye su aplicación cuando existe causa justificada para demorar el pago de la indemnización, entre otras razones, por discrepancia razonable en torno a la procedencia o no de la cobertura del siniestro por importe de la indemnización que debe satisfacerse (SSTS 12 de marzo de 2001 [RJ 2001, 6634] y 9 de marzo 2006 [RJ 2006, 1883] , entre otras)».

No puede obviarse el hecho de que, inicialmente, resultaban razonables las dudas sobre la existencia de cobertura y, en concreto, que un seguro de responsabilidad civil concertado para cubrir los resultados de actuaciones calificables de culposas o negligentes abarcara las consecuencias de una actuación del asegurado que causaba lesiones a tercero en una riña mantenida con el mismo, y mutuamente aceptada, en la cual lógicamente se suceden los golpes de uno contra otro. Ello, sin duda, pudo justificar la inicial resistencia de la aseguradora a asumir responsabilidad contractual por el siniestro. Pero una vez que, seguidas diligencias penales por los hechos, la Audiencia Provincial de Zaragoza dictó sentencia de fecha 3 de julio de 1997 por la que condenó al hoy actor como autor de una falta de malos tratos y otra de lesiones imprudentes, resultando de esta última la responsabilidad civil que se discute, y fue comunicada tal circunstancia a la aseguradora por el demandante, lo que ocurrió mediante carta de fecha 21 de julio de 1997, las dudas de la aseguradora acerca de la cobertura del siniestro dejaron de estar justificadas pues la letra de las cláusulas contractuales determinaban la cobertura y, si en la intención de la aseguradora a la hora de concertar el seguro, estaba la exclusión de consecuencias dañosas para tercero que, aun cuando inmediatamente respondieran a una causa culposa, fueran resultado de una actuación intencional del asegurado (intervención en una riña o cualquier otra semejante), tal exclusión debió llevarse al contrato y, al no aparecer en el mismo, no puede hacerla valer la aseguradora que en consecuencia habrá de indemnizar con el incremento del 20% a partir del momento en que fue comunicado a la aseguradora el contenido de la sentencia penal, siguiendo la solución adoptada por esta Sala en supuestos semejantes como son los contemplados en sentencias de 8 marzo (RJ 2006, 5410) y 11 diciembre 2006 (RJ 2007, 609) .

Lo anterior comporta la necesaria estimación del motivo y del recurso de casación así como que, por aplicación de lo dispuesto en el artículo 1.715.1.3º de la anterior Ley de Enjuiciamiento Civil (LEG 1881, 1) , esta Sala, dentro de los límites fijados por el propio objeto del recurso, asuma la instancia y resuelva en el sentido ya indicado sobre la aplicación al caso de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295) lo que significa una sustancial estimación de la demanda. Por lo anterior, no ha de entrarse a conocer del motivo quinto, que se refiere al pronunciamiento sobre costas de la segunda instancia, ya que el apartado 2 del artículo 1.715 de la Ley Procesal determina que esta Sala, al estimar el recurso de casación, resolverá lo que proceda sobre las costas de ambas instancias, soportando cada parte las que haya causado en el recurso de casación.

Conforme con lo anterior, dada la sustancial estimación de la demanda, las costas de primera instancia se han de imponer a la demandada (artículo 523, párrafo primero, de la LECiv.) sin especial declaración sobre las de alzada ya que el recurso de apelación formulado por dicha demandada debió ser parcialmente estimado a efectos de disminuir el tramo temporal en que resultaba aplicable el recargo por demora (artículo 710 LECiv.).

Fallo: Que DEBEMOS DECLARAR Y DECLARAMOS haber lugar al recurso de casación interpuesto por la representación procesal de don Rubén contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección Segunda) con fecha 22 de diciembre de 2000 (PROV 2001, 54188) en autos de juicio declarativo de menor cuantía número 553/99, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de dicha ciudad, a instancias del hoy recurrente contra Amaya, Seguros y Reaseguros, SA, la que casamos y anulamos y, en su lugar, con estimación de la demanda, condenamos a la aseguradora demandada a satisfacer al actor la cantidad de diez millones de pesetas, incrementada con el interés del veinte por ciento, que se devengará desde el día 21 de julio de 1997 hasta la fecha de su efectivo pago, así como las costas causadas en primera instancia, sin especial declaración sobre las correspondientes a la apelación y al presente recurso.

ANEXO V

LA INDEFINICIÓN DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y SU REFORMA ANTE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS

INTRODUCCIÓN: LEY DE CONTRATO DE SEGUROS, 28 AÑOS DESPUÉS

La actual ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguros (en adelante LCS), fue la respuesta a la demanda que tanto la doctrina mercantilista como los profesionales del seguro habían hecho reiteradamente en los 30 años anteriores para sustituir la regulación del Contrato de Seguro existente hasta entonces en el Código de Comercio y en el Código Civil, la cual era parca e insuficiente tanto en su extensión como en su contenido.

La promulgación de la actual LCS situó la normativa sobre el contrato de seguro español en la vanguardia de los ordenamientos de nuestro entorno más próximo. Ahora bien después de más de 28 años de vigencia de la Ley de Contrato de Seguro de 1.980 es opinión mayoritaria la necesaria adaptación de la misma a nuevas realidades inexistentes en el momento de su promulgación.

Pese a que desde su aprobación la LCS ha sido objeto de diversas modificaciones parciales, como recogemos en el cuadro I, se hace necesario en la actualidad introducir actualizaciones en la citada Ley, que eviten abusos por parte de las aseguradoras e incluyan mayores cotas de defensa a los consumidores y se refuerce la Ley con mecanismos renovados para garantizar la efectividad de los principios de buena fe contractual y protección al consumidor

LEYES QUE HAN MODIFICADO LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

- **LEY 21/1990,** DE 19 DE DICIEMBRE, DE ADAPTACIÓN DEL DERECHO ESPAÑOL A LA DIRECTIVA 88/357/CCE SOBRE LA LIBERTAD DE SERVICIOS EN SEGUROS DISTINTOS AL DE VIDA Y ACTUALIZACIÓN DE LA LEGISLACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS (ARTÍCULOS TERCERO Y SEXTO).
- **LEY 9/1992**, DE 30 DE ABRIL, SOBRE MEDIACIÓN EN SEGUROS PRIVADOS (DISPOSICIÓN DEROGATORIA, APARTADO 3).
- **LEY 30/1995**, DE 8 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS (DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA).
- **LEY 18/1997**, DE 13 DE MAYO, DE MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 8 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO PARA GARANTIZAR LA PLENA UTILIZACIÓN DE TODAS LAS LENGUAS OFICIALES EN LA REDACCIÓN DE LOS CONTRATOS.
- **LEY 44/2002**, DE 22 DE NOVIEMBRE, DE MEDIDAS DE REFORMA DEL SISTEMA FINANCIERO (ARTÍCULO 12).
- **LEY 22/2003**, DE 9 DE JULIO, CONCURSAL (DISPOSICIÓN FINAL VIGÉSIMA OCTAVA).
- **LEY 34/2003**, DE 4 DE NOVIEMBRE, DE MODIFICACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA NORMATIVA COMUNITARIA DE LA LEGISLACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS (ARTÍCULO SEGUNDO).
- **LEY 26/2006** de julio : DE MEDIACIÓN DE SEGUROS Y REASEGUROS Y REASEGUROS PRIVADOS.

La LCS fue pionera en la Legislación especial de protección de consumidores, antecediendo en casi 4 años a la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (Ley 26/1984) y en casi 18 a la Ley sobre Condiciones Generales de Contratación (Ley 7/1998); es por ello, que algunos de los preceptos de la LCS se aparten de la filosofía y de la intención de esta regulación general de protección de los consumidores que le es posterior.

Todo ello queda de manifiesto al leer con atención tanto la exposición de motivos, de la ley 7/1998 de 13 de abril sobre condiciones generales de contratación que expresamente dirá que: "*La protección de la igualdad de los contratantes es presupuesto necesario de la justicia de los contenidos contractuales y constituye uno de los imperativos de la política jurídica en el ámbito de la actividad económica. Por ello la Ley pretende proteger los legítimos intereses de los consumidores y usuarios, pero también de cualquiera que contrate con una persona que utilice condiciones generales en su actividad contractual*"; como en la declaración de principios establecida en el punto 3 de la exposición de motivos de la Ley para la defensa de los Consumidores y Usuarios : "*3. Declarar los principios, criterios, obligaciones y derechos que configuran la defensa de los consumidores y usuarios y que, en el ámbito de sus competencias, habrán de ser tenidos en cuenta por los poderes públicos en las actuaciones y desarrollos normativos futuros en el marco de la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional*"

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido completando el articulado de la Ley en estos 28 años, adoptando mayoritariamente criterios favorables a los intereses de los consumidores. En este contexto, la dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha impulsado durante estos años el análisis de las posibles modificaciones de la LCS, solicitando a algunas instituciones, reflexiones sobre los aspectos que, en su opinión deberían de ser objeto de reforma en el texto legal, especialmente en las áreas de ordenación de mercado y del servicio de reclamaciones.

DISPOSICIONES GENERALES

Debemos Destacar los siguientes aspectos:

CARACTER IMPERATIVO DE LA LEY

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
SECCIÓN PRIMERA. PRELIMINAR (ART 1-4)	ART 1: NO HA SIDO OBJETO DE CONSIDERACIÓN NINGUNA. ART 2: se pretende establecer una ley de mininos ART 3. APARTADO I) CLAUSULAS CONTRACUALES: ADICCIÓN DE UN NUEVO APARTADO 3: "Las dudas en la interpretación de las condiciones generales se resolverá a favor del tomador o en su caso a favor del asegurado". APARTADO II). CLAUSULAS ABUSIVAS: -impuestas por aseguradora -salvo reciprocidad en la negociación, o siempre que se traten de condiciones predispuestas	Especial cuidado en la redacción transparente de los condicionados. Impedir a la parte dominante que eluda el control de de las cláusulas abusivas.
	ART 4: no se propone ninguna modificación por el grupo de trabajo, pero ADICAE considera que el término conclusión debe sustituirse por solicitud, para mayor seguridad jurídica.	Verificar el momento concreto en que se asumen los supuestos problemáticos.

La actual propuesta de reforma mantiene la estructura actual de la Ley, la cual, se divide en IV Títulos y cada uno de ellos en diferentes secciones, que se abordan a continuación.

En la actual propuesta de modificación de la LCS se mantiene el criterio mantenido por la actual regulación y por la Doctrina del Tribunal Supremo, de considerar los preceptos de la Ley, en sentido parecido a lo que ocurre con las normas laborales, como una "Ley de Mínimos"; es decir, se permite que las pólizas modifiquen los preceptos de la misma en beneficio del tomador y/o asegurado, lo que supone una limitación a la autonomía de la voluntad que reconoce el artículo 1.255 del Código Civil a las partes intervinientes en un contrato, debido a la especial posición predominante que ostentan las aseguradoras.

Este sistema normativo beneficia a los consumidores. No obstante, tal libertad de modificar los preceptos de la Ley puede favorecer el efecto contrario. Las Compañías pueden utilizar tal posibilidad para estableces disposiciones enmascaradas como mejora, cuando en realidad sólo benefician sus intereses, aplicando tales cláusulas a sus pólizas de forma generalizada, con la dificultad que tienen los consumidores para que sean declaradas nulas.

Frente a esta posibilidad la Administración, especialmente la Dirección General de Seguros debe extremar su control en aras de una protección efectiva de los consumidores.

Conviene recordar la doctrina mantenida por nuestro Tribunal Supremo según la cual tales cláusulas más beneficiosas pueden deducirse no sólo de las textualmente incorporadas al contrato, sino de la conducta que hayan desarrollado las partes durante su vigencia.

Este carácter de la Ley sólo se aplica en los seguros celebrados por consumidores directamente, por lo que los reaseguros y los denominados seguros de grandes riesgos quedan excluidos.

Dicha exclusión merece una crítica, especialmente en los supuestos de reaseguros. El hecho de que tales contratos sean gestionados con libertad de pacto entre aseguradoras para diversificar sus riesgos no supone que el consumidor quede al margen. Efectivamente la técnica reaseguradota favorece la solvencia de las entidades, pero si la garantía que tal contrato supone para los consumidores queda al libre arbitrio de las compañías puede resultar ineficaz. Por ello deviene necesario un control más exhaustivo de los reaseguros y una mayor transparencia, siendo quizás necesario que los consumidores queden informados de la existencia de entidades que reaseguren sus riesgos, puesto que en el supuesto de dificultad económica de la reaseguradora, la cobertura contrata por el consumidor puede verse disminuida o incluso incumplida totalmente. Sirvan de ejemplo los problemas surgidos en las entidades financieras cuando comercializan productos gestionados por otras entidades, sin conocimiento del consumidor y el cliente pierde su dinero porque la verdadera garante del cumplimiento del contrato es una quiebra y el banco comercializador deniega hacer frente a las pérdidas.

Además, las actuales prácticas en el ámbito de los seguros hacen necesario revisar también la exclusión respecto de ciertos seguros de grandes riesgos, tales como el seguro de caución sobre cantidades anticipadas en la construcción y venta de viviendas, en los cuales el beneficiario "práctico" es el consumidor, o como los seguros de crédito que suscriben las entidades de crédito repercutiendo la prima del mismo al consumidor. En ambos casos la calificación de estos seguros como seguros de grandes riesgos excluye la aplicación de preceptos como el señalado pero además impide que el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones pueda conocer sobre reclamaciones y conflictos relativos a estos seguros, a pesar de afectar al consumidor de manera directa.

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección II, CONCLUSIONES, DOCUMENTACIÓN DEL CONTRATO Y DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO (AET 5-15)	ART. 5 .1 :se establece que la perfección del contrato se da cuando se aceptan las condiciones .3: se estable la obligación, en los seguros colectivos, de entregar amplia información al asegurado (no sólo certificado de seguro)	Carácter consensual del Contrato de seguro, y no exigencia de la forma escrita. Copia de toda la documentación y de los recargos y comisiones cobradas.
	ART. 6: se establece la obligación de entregar una proposición de seguro que vinculará durante un plazo de 15 días. Eliminación del tercer párrafo, aparatado ii) y eliminación de la nueva redacción planteada en relación al apartado iii)	Dº de conocer con detalle el contenido del contrato.
	2. Proposición del Seguro: vinculación al proponente de mantener la oferta contratual incluir condiciones contractuales. Información al asegurado en su caso. Legislación aplicable.	OFERTA CONTRACTUAL, que se mantiene durante 15 días,
	ART 7: Eliminación del mismo, ya que se prescinde de matizaciones importantes. (definición unitaria). Seguros colectivos: la aseguradora responderá de la entrega de la documentación contractual completa ART 8: Nueva redacción del punto 3 del apartado i): "la póliza debe incorporar la totalidad de las cláusulas contractuales acordadas,..."	Definiciones innecesarias.
	ART 10: supresión del último párrafo de la actual redacción.	Se limita a un mes el plazo de reclamación, desde la entrega de la documentación. Su mantenimiento daría lugar a una protección del asegurador que no hubiese actuado con negligencia, y con interés propio. Plazo máximo de 10 días para rescisión del contrato por parte del asegurador. (modificación del actual plazo de un mes)

FASE DE CONTRATACION DEL SEGURO

La inmensa mayoría de los abusos en materia de seguros tienen su origen en esta fase. La ausencia de una formación adecuada por parte de los consumidores en esta compleja materia, la especialización de las entidades a la hora de aprovechar en su interés las disposiciones de las Leyes y la información incompleta y/o confusa, por no decir falseada, que se suelen proporcionar a la hora de la suscripción de una póliza, dan como resultado que el consumidor celebre el contrato desconociendo realmente su condicionado.

La normativa sobre ordenación y supervisión de los seguros privados, al introducir la obligatoriedad de la información previa a la celebración del contrato, intentó aumentar la protección al consumidor pero en la realidad no ha conseguido su objetivo. La reforma de la Ley de Contrato de Seguro es un momento óptimo para intentar mejorar la situación actual pero creemos que se está desaprovechando puesto que la propuesta de reforma adolece de grandes deficiencias por los siguientes motivos:

1º.- En determinados preceptos hace una remisión a otras normas subsidiarias (por ejemplo a la Ley General de Protección de Consumidores y Usuarios) y en otras ocasiones se dedica a realizar definiciones de conceptos ya contemplados en otras leyes. Por ejemplo, define lo que se entiende por cláusulas generales y los requisitos que deben reunir aquéllas, siguiendo la regulación de la Ley de Condiciones Generales de la Contratación. En tal caso, o bien los preceptos de la Ley de Contrato de Seguro copian literalmente los de aquélla o se remite expresamente a ellos, ya que, cualquier incongruencia o falta de coordinación entre ambos darán lugar a dificultades interpretativas que aprovecharán las aseguradoras para rechazar las justas pretensiones de los consumidores, dando lugar a una litigiosidad innecesaria, que sólo a ellas beneficia.

2º.- Introduce una nueva diferenciación entre "*cláusulas que recojan exclusiones de cobertura y las limitativas de los derechos de los asegurados*". Al no definir unas y otras ni establecer su régimen jurídico casi con toda seguridad se pueden producir criterios interpretativos muy diferentes entre los distintos Juzgados y Tribunales.

3º.- La mayor parte del nuevo articulado viene a reiterar conceptos ya recogidos en otras Leyes y/o en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, con lo que no suponen de hecho ninguna novedad en cuanto a protección a los consumidores.

4º.- Se mantiene la distinción entre propuesta y solicitud de seguro.
Consideramos que el interés de los consumidores impone la obligación en todo caso de que las compañías emitan siempre propuesta vinculantes pudiendo el consumidor en el plazo de quince días decidir si celebra el contrato o no.

5º.- La propuesta de reforma incluye una definición de los elementos personales del contrato que debería ser suprimida y que sólo sirve para crear confusión.

6º.- En los seguros colectivos debe imponerse a las compañías la obligación de proporcionar toda la documentación relativa a tales contratos, no siendo suficiente con que se limite a entregar un mero certificado de seguro.

En otro caso, el asegurado no suele saber las coberturas y limitaciones de tales contratos y se encuentra con dificultades incluso para tener acceso a los condicionados de estas pólizas, llegando en ocasiones a desconocer su propia existencia. De esta manera, si el contrato no existe para el consumidor, no hay si-

niestro pero sí primas cobradas que suponen un ingreso sin costo ninguna obteniendo las aseguradoras un enriquecimiento injustificado.

7º.- Es incomprensible que se mantenga el plazo de un mes para que el consumidor pueda reclamar en caso de discrepancia entre el contenido de la propuesta de seguro y el clausulado de la póliza. Bajo ningún concepto se pueden amparar modificaciones del contenido del contrato que se haya dado a conocer durante el proceso de formalización del mismo so pena de incurrir en un flagrante abuso.

8º.- La comercialización de contratos de seguro por parte de Bancos y Cajas de Ahorro es una nueva realidad que no debe ser olvidada por la normativa de seguros.

La mala praxis bancaria ocasiona con frecuencia grandes perjuicios a los consumidores, especialmente en el caso de que las entidades crediticias ofrezcan a los clientes seguros de vida para caso de supervivencia. No se suele informar de que se está contratando un seguro y el consumidor contrata en la creencia de que está celebrando un acuerdo con el Banco o Caja y éste es el garante del buen fin del contrato. El cliente no suele saber, ni se le informa, de que un plan de pensiones es un producto bancario gestionado por entidades bancarias y los planes de jubilación son seguros de vida, contratados y gestionados directamente por una entidad aseguradora diferente de Banco o Caja que actúa de mero intermediario.

Es por ello que se hace imprescindible establecer una normativa que permite proteger a los consumidores para que éstos sean conscientes de qué producto se les está ofreciendo.

En consecuencia, si existe un test MIFID para intentar proteger al inversor cabe plantearse el regular un sistema similar en el ámbito de los seguros que instrumentan el ahorro, que permita saber cual es el perfil del tomador y/o asegurado a la hora de que contrate un seguro de vida y garantizar que el producto se adapta a dicho perfil. Algo cada vez más relevante ante la comercialización de seguros estructurados.

9º.- En relación con el deber de declaración del riesgo y de su posible agravación durante la vigencia del contrato, la regulación actual y la que se pretende introducir en la reforma son absolutamente negativas para los consumidores.

En determinados tipos de seguros, como los multirriesgo de hogar, prácticamente ninguna entidad realiza un examen del riesgo antes de suscribir la póliza, ocasionándose posteriormente problemas a la hora de indemnizar siniestros, ya que las aseguradoras se amparan en las declaraciones de los tomadores (normalmente no entendidos en materia aseguradora y que siguen los consejos de agentes y corredores) en el momento de solicita el seguro, considerándolas inexactas, cuando deberían realizar comprobaciones previas a la suscripción de la póliza. Es decir, son los consumidores a quienes se intenta trasladar las consecuencias de la propia negligencia de la aseguradora.

Pero eso no es todo. Si el consumidor es poco conocedor del seguro debemos ayudarle y no ponerles más dificultades en su camino. Si realizamos una encuesta entre asegurados para que nos respondan qué seguro suele tener una prima más elevada, el de una vivienda principal o el de una secundaria, la mayoría, por no decir todos, respondería que las secundarias son más caras dado el mayor riesgo que tienen al permanecer habitualmente deshabitadas. Por tanto si una vivienda principal pasa a ser de temporada casi todos lo pondrían en conocimiento de su entidad para aplicar la sobreprima correspondiente. Pues bien, existen determinadas Compañías que aplican unas primas más altas a las viviendas habituales por considerarlas de más riesgo y, por tanto, si la casa de la playa o del monte son utilizadas de manera habitual se debe comunicar la agravación del riesgo para que se incremente la prima y así evitar la aplicación de la regla de equidad que prevé la Ley de Contrato de Seguro.

Si el seguro se basa en técnicas estadísticas y actuariales de certeza matemática resulta dificilmente explicable al consumidor situaciones como la anterior.

La conclusión es que las consecuencias se trasladan al consumidor, bajo el argumento de que no ha cumplido con lo estipulado en la póliza y en la Ley de Contrato de Seguro. Y, como colofón, la citada y famosa regla de equidad que se aplica en supuestos como el anterior no aparece definida ni cuantificada en la Ley y mucho menos en las pólizas, por lo que la Compañía nos puede aplicar el porcentaje de reducción que quiera con la consiguiente desprotección que sufre la parte más débil del contrato.

Ni que decir tiene que el problema se ve agravado en los supuesto de seguros de vida de riesgo, cuando el tomador/asegurado firma una declaración de estado de salud en la que reconoce la ausencia de enfermedades graves, inducido normalmente por el agente o por el mediador, sin informarle de lo que está firmando y, en ocasiones, afirmando que es un mero formalismo sin importancia, siendo el agente perfectamente consciente del estado de salud delicado del cliente, pero obviando tal información para poder concertar la póliza. Lógicamente, cuando se produce el siniestro la Compañía lo rechaza, ocasionando un perjuicio inmenso a los beneficiarios, quienes se ven privados de una cantidad de dinero o una cobertura de la que creían disponer en caso de que se produzca el evento supuestamente objeto de cobertura.

La existencia de situaciones como las anteriormente descritas requeriría, para mantener el derecho de las entidades de rescindir el contrato o de reducir el importe de la indemnización o incluso rechazar el pago del siniestro si se produce una inexactitud originaria en la declaración del riesgo o una posterior agravación, al menos imponerse a las aseguradoras la obligación, en todo caso, de realizar una valoración inicial del riesgo, so pena de verse privada de los derechos anteriormente referidos.
En segundo lugar es imprescindible aumentar la transparencia sobre la ya citada regla de equidad. En caso contrario nunca el asegurado va a saber si el porcentaje que le ofrece la Compañía es conforme con la legalidad.

Deviene también imprescindible, para mantener el equilibrio de obligaciones y derechos entre las partes que la Ley prevea que, en caso de rescisión de contrato, por las circunstancias a las que nos hemos referido, el tomador debería tener derecho a la devolución de la prima que corresponda al período que haya abonado y que no va a ser asegurado el riesgo; es decir, la devolución de la prima no consumida, ya que, en caso contrario, se podría generar un enriquecimiento injusto en beneficio del asegurador.

Por último creemos necesario arbitrar medios que eviten situaciones como las expuestas. Para ello sería aconsejable que una persona ajena al contrato interviniera como intermediario garante de que la información suministrada al consumidor es veraz y suficiente. Alguien que explique objetivamente al cliente lo que contrata, como realizan los Notarios al otorgar escrituras públicas de préstamo. Creemos que el costo en tiempo y dinero de esta gestión no es alto en comparación con los beneficios que tal medida puede reportar el consumidor.

PAGO DE LA PRIMA

La nueva propuesta de modificación de la LCS introduce la regulación del pago fraccionado de las primas pero su contenido parece destinado más a defender a las aseguradoras que al consumidor, ya que prevé que en caso de impago de alguna de las fracciones la Compañía podrá reclamar el importe íntegro de todas las cuantías aún no vencidas, por lo que estará obteniendo una cantidad de dinero sin que asuma riesgo alguno al no haber llegado al vencimiento del periodo de tiempo correspondiente.

Por tanto, no consideramos válida tal regulación o, al menos, para que sea admisible debe concretar la

precisión de que al asegurador le asistirá tal derecho siempre que haya cubierto el riesgo durante todo el contrato.

Con relación al apartado según el cual si en el momento de producirse el siniestro está pendiente de pago alguna fracción vencida correspondiente al periodo en curso, el asegurador podrá reducir proporcionalmente la indemnización atendiendo al porcentaje que el importe de las fracciones pagadas represente sobre el importe de la prima convenida, consideramos que se debe suprimir ya que, precisamente por producirse el siniestro durante el primer mes desde el impago de la prima, no encontrándose aún en sus-

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección II, CONCLUSIONES, DOCUMENTACIÓN DEL CONTRATO Y DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO (AET 5-15)	ART 12: adición de un nuevo párrafo: derecho a la devolución de la prima no consumida.	Mantenimiento de la equidad y el respeto de los derechos del asegurado, lo contrario sería un enriquecimiento injusto.
	ART 14: Lugar para el pago de la prima cuando no se determina ninguno en la póliza será: domicilio del tomador del seguro.	Principio que no debe desaparecer ya que su nivel de protección es más alto si se mantiene.
	ART 15: CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS.	
	1.Supresión de exigir el pago de la prima única o primera debida en vía ejecutiva con base en la póliza.	Al no haber siniestro, resulta desmedido ya que el impago de la prima no genera perjuicio alguno al asegurador.
	2. en caso de falta de pago de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida en el plazo del un mes desde su vencimiento. Sólo se podrá exigir el pago de la prima del mes de gracia y no del periodo en curso.	El asegurador sólo debe cobrar el mes por el que se ha cubierto la garantía del seguro (ya que el asegurador tiene derecho a no pagar la indemnicación).
	3. reducción del plazo de 6 meses a 3 meses de que dispone el asegurador para reclamar el pago.	El asegurador puede reducir proporcionalmente la indemnización por falta de pago de las fracciones
	4. en caso de fraccionamiento del pago de las primas se propone la siguiente nueva redacción " podrá reclamar el pago de las fracciones pendientes siempre que se haya cubierto el riesgo durante todo el contrato.	Principio de correspondencia del cobro de la prima con el pago de la indemnización.
	Durante el primer mes el asegurador advertirá por escrito el impago a tomador y asegurado (de forma fehaciente)	Garantías necesarias para el consumidor en caso de impagos accidentales.

penso la cobertura al entenderse correctamente que el problema puede haberse debido a dificultades burocráticas diversas, la indemnización convenida deberá abonarse íntegramente en cuanto el asegurador pague la prima.

Establece el borrador de la reforma la obligación de que la comunicación del impago y la reclamación de la cuantía debida deban realizarse por escrito al tomador. Consideramos que tal comunicación escrita debe realizarse de modo fehaciente como medio de proteger a los consumidores en casos de impagos accidentales.

Finalmente añadir que resulta imprescindible suprimir la consideración de la póliza como título ejecutivo. Teniendo en cuenta que no existiendo siniestro previo el impago de la primera prima no genera perjuicio alguno para el asegurador, resulta desmedido habilitarle para exigir el pago de la misma en vía ejecutiva, teniendo en cuenta además que dicha vía genera gastos y costes añadidos para el tomador y que como norma general el impago supone la desaparición de compromisos por parte de la compañía, pero no el derecho a imponer al tomador o asegurado un servicio del que haya podido prescindir de manera previa al pago de la primera prima y sin haber actuado con dolo (al no haber pretendido obtener cobertura de siniestro alguno). Conviene recordar a estos efectos los casi nulos motivos de oposición que la Ley de Enjuiciamiento Civil concede al ejecutado. Considerar la póliza como título ejecutivo la equipara a los contratos firmados ante Notario. Si ese es el deseo de las aseguradoras o del legislador, parecería razonable el establecimiento de la obligación de firmar ante Notario todas las pólizas, mediada a la que antes hemos hecho referencia. No obstante, no parece lógico ni adecuado recurrir a esta figura, dado no sólo los costes que conlleva sino lo cuestionable de su actuación en la vertiente de garantizar una adecuada comprensión por parte del consumidor de los compromisos y derechos que conlleva el contrato, por lo que sería conveniente definir una figura eficaz y ágil que pudiese cumplir este tipo de funciones.

PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES Y MORA DEL ASEGURADOR

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección III, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LAS PARTES (Art. 15-21)	ART 15: Plazo para comunicar el siniestro 7 días (plazo máximo. Se debe sustituir por un plazo razonable	Se debe conceder al asegurado un plazo de mínimos, para que pueda comunicar el siniestro en cualquier momento, siempre que no haya prescripción.
	ART 17: supresión de a la referencia de los" bienes salvados" que se efectúa en el tercer párrafo del artículo.	
	ART 18: Sustituir el plazo de 40 días por el de 15 días.	Plazo excesivo para la mayor parte de los siniestro.
	ART 20: Según el CCU se debe mantener la redacción dada por el legislador en 1995 a la ley de contrato de seguros.	Mayor fluidez en las indemnizaciones de las entidades aseguradoras. (freno al retraso del abono de indemnizaciones.
	ART 21: adhesión de la frase "el tomador también puede ratificar la actuación del corredor de seguros"	Gestión de negocios ajenos sin mandato (art. 1888 y 1894)

Consideramos que cualquier reforma de la Ley debe ser en beneficio de los consumidores, pues además de ser la parte más débil en la contratación y en la vida del contrato toda mejora de su posición es positiva para reforzar (en muchos casos restaurar) la confianza del mismo y por lo tanto positiva para el sector y el mercado asegurador. Por tanto, no llegamos a comprender porqué la propuesta de reforma mantiene el período de 40 días que tienen las aseguradoras para abonar el importe mínimo de la posible indemnización, plazo que creemos puede ser incluso reducido a 15. Menos aún compartimos la propuesta de reducir el interés de demora. Si a lo largo de estos años un interés de demora del 20 por ciento no ha frenado la "costumbre" de las aseguradoras de retrasar el abono de indemnizaciones con cualquier excusa, no se alcanza a comprender cómo se aumenta la protección de los consumidores si este interés resulta minorado.

DURACION DEL CONTRATO

Parece correcto que se mantenga el plazo de preaviso del que disponen las entidades aseguradoras para notificar la no renovación de los contratos, pero reducir el plazo del que disponen los consumidores de dos meses a un mes sigue pareciendo excesivo, considerando que es suficiente un plazo de 15 días.

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección IV: Duración del Contrato y prescripción (ART 22-24)	ART 22: nueva redacción 15 días para oponerse a la prorroga por parte del tomador	El plazo de un mes es excesivamente amplio en la acualidad.
	Oposión a la prorroga: En los seguros de enfermedad no será admisible en los casos de en los supuestos de enfermedad crónicas o de larga duración	Evitar la finalización de contratos en estos casos.
	ART 23: Se propone un plazo unitario de 5 años, sin distinción entre seguros de daños (2 años) o de personas (5 años) como se pretende en el borrador Se añade una nueva interrupción del plazo de prescripción: iniciación de un procedimiento reclamación extrajudicial o administrativo.	Un plazo de 5 años beneficia al consumidor ya que existen seguros de difícil encuadramiento
	ART 24: nueva redacción "... juez competente será el del domicilio del tomador, asegurado o beneficiario o perjudicado.	En algunos casos el que reclama no es el asegurado.

La propuesta de reforma debería ser completada con la precisión de que no será admisible la oposición de prórroga por las aseguradoras en los seguros de enfermedad cuando el asegurado padezca enfermedades crónicas o de larga duración. Creemos que tal precisión resulta tan obvia que no es necesario realizar ningún comentario al respecto.

PRESCRIPCION DE ACCIONES

Deben ser ampliados los plazos actuales de manera que en todos los casos el plazo de prescripción sea de 5 años. Debería también reflejarse en el precepto que la existencia de un procedimiento de reclamación, bien sea este extrajudicial por los cauces legalmente establecidos, bien sea de tipo administrativo debe ser considerado como causa de interrupción de la prescripción.

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección I: Disposiciones Generales. (Art. 24-44)	ART 25: no ha sido objeto de modificación por el grupo de trabajo. Sin embargo se propone que el momento para considerar su nulidad sea la solicitud del seguro, no su conclusión	El criterio de la conclusión es anfibológico (se puede referir a un momento muy ulterior en el tiempo)
	ART 28 : Eliminación de la posibilidad de impugnación del valor estimado cuando éste se a realizado por error con un valor superior al de su valor real ART 30: INFRASEGUROS: las partes aseguradoras no podrán excluir la aplicación de la regla proporcional (la cual cubre el interés asegurado)	Suele ser una imposición al asegurado (se fija de forma unilateral), por lo que no puede hacerse soportar dicho error al asegurado.
	ART 31: SOBRESEGUROS: las partes podrán exigir la reducción de la prima y de la suma, debiendo restituir el exceso de las primas percibidas el asegurador.	
	Supresión de la mala fe del asegurado y de su ineficacia.	Dicha mala fe no genera beneficio alguno para el asegurado.
	ART 32: supresión de la no comunicación por dolo del seguro múltiple y de su consecuencia de abonar la indemnización.	Consecuencia: modular los porcentajes a abonar por cada una de los aseguradores.
	ART 35: Supresión del derecho a la prima correspondiente al periodo que hubiese comenzado a correr cuando se produce al rescisión.	No provocar un enriquecimiento injusto.
	Restitución de la parte de la prima que corresponda a periodo de seguros por los que no hay soportado riesgo, como consecuencia de la rescisión.	

SEGURO DE DAÑOS

Dentro del Titulo que la Ley dedica a los seguros de daños podemos destacar los siguientes aspectos:

SEGUROS MULTIPLES.

Estos seguros son aquéllos que cubren el mismo riesgo en idéntico periodo de tiempo.

La regulación actual y la propuesta de reforma afirman que en tales supuestos el tomador o el asegurado deben comunicar a cada aseguradora los demás contratos que celebre sobre el mismo riesgo

y mismo período de tiempo. Si no realiza tal comunicación intencionadamente y se produjera el siniestro y, por consiguiente, existiera un sobreseguro, las aseguradoras no estarán obligadas a pagar la indemnización.

Consideramos excesivo el beneficio que de la situación descrita puedan obtener las aseguradoras. Entendemos que es suficiente con que la comunicación de la existencia de varios seguros sea realizada en el momento en el que se produzca el siniestro y, como mucho, en el caso de que una aseguradora haya abonado más cantidad de la que debiera pueda repetir frente al resto de entidades para resarcirse, pero privar al consumidor del derecho a cualquier indemnización en estos supuestos es realmente excesivo, excepto en los supuestos de fraude por parte del tomador y/o asegurado debidamente acreditado.

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección I: Disposiciones Generales. (Art. 24-44)	ART 38: Eliminación del siguiente texto: " Incumbe al asegurado la prueba de la preexistencia de los objetos". El contenido de la póliza constituirá una presunción a favor del asegurado, sobre la existencia de los objetos existentes. Si una de las partes no hubiese hecho la designación tendrá un plazo de 15 días desde su requerimiento por la otra parte (y no de 8 días como se expresa en el borrador). Demora del asegurador en el pago de la indemnización, y en el caso de que el asegurador se hubiera obligado a atacarlo judicialmente, la misma se incrementará con el interés previsto en el art 20, más el importe de las costas.	El criterio de la conclusión es anfibológico (se puede referir a un momento muy ulterior en el tiempo) Suele ser una imposición al asegurado (se fija de forma unilateral), por lo que no puede hacerse soportar dicho error al asegurado. Dicha mala fe no genera beneficio alguno para el asegurado.
Sección II, Seguro de incendios (Art 45 a 49) Sección III. Seguro contra el robo. (arts 50 a 53) Sección IV. Seguro de transportes terrestres . (art 54 a 62) Sección V. Seguro de lucro cesante. (Art. 63 a 67). Sección VI. Seguro de caución. (Art. 68) Sección VII. Seguro de crédito. (Art. 69 a 72). Sección VIII. Seguro de responsabilidad civil. (Art. 73 a 76) Sección Seguro de responsabilidad Civil (Art 73 a 76). Sección novena. Seguro de defensa jurídica. (Art. 76.a) 76.g). Sección décima. Reaseguros. (Art. 77 a 79).	ART 48: Incendio. El asegurador no estará obligado a indemnizar los daños producidos por incendio cuando estos son provocados por dolo exclusivamente. No inclusión del termino culpa grave. El asegurador indemnizará el valor de los objetos desaparecidos. Sin acreditar su preexistencia. ART 56,58,59: mantenimiento de estos preceptos.	Consecuencia: modular los porcentajes a abonar por cada una de los aseguradores. No provocar un enriquecimiento injusto.

CUANTIFICACION DE LA INDEMNIZACION Y PROCEDIMIENTO PERICIAL

La obligatoriedad del procedimiento parcial establecido en la Ley sobre el seguro de daños, artículo 38, ofrece dudas sobre su constitucionalidad. El derecho a la tutela judicial efectiva reconocido como un derecho fundamental en el artículo 24 de la Constitución de 1.978 concede a cualquier ciudadano el derecho a acudir a los Tribunales en defensa de sus derechos sin ninguna excepción. Por tanto el procedimiento previsto en el artículo 38 sólo será vinculante si así lo deciden las partes, pero si existe discrepancia no podemos considerar que le esté impedido al consumidor acudir al auxilio de la Justicia.

En segundo lugar la ley obliga al consumidor a probar la preexistencia de los objetos siniestrados lo que, en la mayoría de los casos puede resultar imposible. Esta prueba devendría en gran parte innecesaria si las entidades realizaran inspecciones del riesgo previas a la contratación de las pólizas y, si no lo realizaran, la negligencia de la aseguradora no debería ser asumida por el consumidor.
El hecho de que en todo siniestro se deba asumir por el asegurado el coste de la intervención de un perito es excesivo, puesto que sus honorarios pueden ser superiores a las cuantías reclamadas. Por este motivo, se solicita bien que el coste del perito del asegurado sea asumido en todo caso por el asegurador, bien que se designe en todos los supuestos a un perito independiente, que actúe de forma separada y sin relación laboral ni con el asegurador ni con el asegurado.

Por otro lado, la referencia al Defensor del Asegurado como medio de solucionar la disputa debe suprimirse, al depender esta institución del asegurador y no estar garantizada en modo alguno su independencia.

SEGUROS DE INCENDIOS: En referencia al seguro de incendio nos parece muy acertada la no in-

SECCIÓN Y ARTICULOS QUE COMPRENDE	PROPUESTAS DE MODIFICACIONES DEL BORRADOR PLANTEADAS POR ADICAE	JUSTIFICACIÓN
Sección primera: Diposiciones Generales. ART 80 a 82 Sección II: Seguro sobre la Vida ART 83 a 99. Sección III, Seguro de Accidentes. Art 100 -104 Sección IV, Seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria. (arts 105 a 106)	ART 81: El consejo de consumidores y Usuarios considera que se debe realizar una más completa disciplina de los seguros colectivos o de grupos. ART. 83: Se suprime la excepción de la prohibición de contratación para menores de 14 años cuando la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha o al valor del rescate. Se propone que se admite el seguro del menor en todos los casos. Admisión del aseguramiento del nasciturus. ART 100 A favor de la cobertura de infarto de miocardio y o cerebral considerándolo accidente. Supresión del plazo temporal de un año para el fallecimiento ART. 103: Cobertura sanitaria unida a la urgencia vital (aunque no se haya pactado expresamente) Cobertura de repareación y rehabilitación. ART. 105: Se propone que el derecho de oposición se extienda también al asegurado Responsabilidad del asegurador en la mala praxis médica, y regular los tratamientos avanzadas y los cuidados	Contratos de importancia cuantitativas muy altas.

clusión del término culpa grave para excluir la obligación de indemnizar por parte de las aseguradoras por los daños provocador por un incendio ya que son conceptos jurídicos indeterminados o ambiguos que pueden dar lugar elementos y dificultades en su precisión o determinación de la misma.

SEGUROS DE PERSONAS

En primer lugar entendemos que sería de desear que la Ley contemple la obligación por parte de las aseguradoras de informar al tomador y, en su caso, a los asegurados, de las posibles novedades fiscales que se vayan produciendo durante la vida del contrato de manera que el consumidor tenga posibilidad de realizar novaciones de sus pólizas para conseguir ventajas fiscales.

SEGUROS DE GRUPO

La actual regulación y la propuesta de reforma deja huérfano de regulación a este tipo de seguro, contratos de importancia cuantitativa muy alta debido a su proliferación en los últimos años. Por tanto, consideramos que debería ser objeto de una regulación más pormenorizada teniendo en cuenta sus especiales características, ya que la falta de información que sufren los asegurados hace que sean especialmente vulnerables a los abusos. Recordar, a título de ejemplo el establecimiento por parte de la Administración de un Registro de Seguros de Vida, donde los familiares de fallecidos pueden, al menos, tener constancia de su existencia.

SEGUROS DE VIDA.

Se propone que se admita por el legislador el seguro de los menores de 14 años en todos los casos, pues las razones históricas que existieron para la prohibición de aseguramiento, carecen hoy día de sentido.

Se debería también plantear la posibilidad de aseguramiento del nasciturus, condicionando la validez del seguro a su nacimiento.

Igualmente se propone que se incluya la referencia explícita a las parejas de hecho (ya que en el artículo habla de conyuges exclusivamente)

Asimismo podrían recogerse las nuevas figuras del seguro de vida que aparecen en el mercado y una mejor clasificación de las modalidades del seguro de vida.

VALORES GARANTIZADOS EN LOS SEGUROS DE VIDA.

Es propio de este tipo de seguros los denominados valores garantizados; es decir, el derecho de rescate, reducción y anticipo, derechos derivados de la existencia de una provisión matemática formada por las aportaciones del tomador.

El deber de informar al consumidor a cerca de estos valores obliga a que la ley deba contemplar la obligación de una información periódica, al menos anual, de los mismos, debiendo proporcionarse en cualquier momento a petición del tomador del asegurado.

SEGURO DE ACCIDENTES.

En relación al límite temporal de un año que establece la reforma en el sentido de que debe producirse el fallecimiento del accidentado desde al acaecimiento del siniestro para considerar que existe nexo causal entre accidente y fallecimiento, consideramos que debe ser suprimido ya que en la actualidad existen medios sanitarios que permiten el mantenimiento con vida de personas accidentadas durante largos periodos de tiempo.

La inclusión de los gastos sanitarios urgentes dentro de la cobertura de los seguros de accidentes no debe depender del paco entre las partes, sino que debe ser un efecto propio de este tipo de seguros para que su efectividad pueda considerarse plena. También debería incluirse en la cobertura de este tipo de seguros la reparación ortopédica y/o rehabilitación de miembros afectados.

SEGUROS DE DECESOS.

Este tipo de seguros carece en la actualidad de regulación suficiente a pesar de lo extendido de su contratación, de su importancia económica y de los frecuentes conflictos a los que viene dando lugar.

En su regulación debería exceptuarse este tipo de seguros de la duración máxima de los contratos de seguros, así como la imposibilidad de que las aseguradoras se acojan a la posibilidad de oponerse a las prórrogas anuales.

Por último consideramos que debería de hacerse especial referencia a la información previa a la celebración de este tipo de contratos, especialmente en lo referente al importe del valor del servicio que se contrata, su variación al alza y su repercusión en el importe de las primas y finalmente las cuantía a abonar en caso de renuncia a la prestación de algún tipo de servicio contratado, dada la diferencia entre el valor que las entidades dan a los servicios y el coste que el mismo tendría para cualquier consumidor.

En caso de incumplimiento de obligaciones por parte de la aseguradora, se debería establecer el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados y no limitarse al abono del coste del servicio no prestado por la compañía.

SEGURO DE DEPENDENCIA.

El denominado seguro de dependencia tiene por objeto asegurar el riesgo de que una persona necesite, por enfermedad o accidente, la asistencia de otra persona para realizar actividades básicas de su vida diaria.

En principio una regulación específica no parece especialmente necesaria, ya que los propios seguros de vida, accidentes o enfermedad pueden ser perfectamente válidos para cubrir el riesgo que se puede asumir con este tipo de seguros. Por ejemplo, en caso de seguros de vida, tanto para caso de vida, como de superviviencia, bastaría con contratar un importe destinado a cubrir esta eventualidad, abonando las aseguradoras tales gastos con la propia provisión matemática de este tipo de seguros.

No obstante, si se optara por establecer una regulación específica debería realizarse con suficiente precisión para evitar problemas interpretativos.

CONCLUSIONES

La propuesta de reforma pretende mejorar la actual regulación en el ramo del seguro.
Si bien la mayor parte de los preceptos se pretenden reformar para una mejor defensa de los consumidores no siempre cumplen con su objetivo.

Existen determinadas modificaciones que no hacen sino ratificar la doctrina que reiteradamente mantenía nuestro Tribunal Supremo, y se tratan de incorporar a la Ley aspectos ya regulados en otras, como la Ley General de Protección de Consumidores y Usuarios o la de Condiciones Generales de la Contratación, entre otras. En estos supuestos se debe ser muy prudente ya que cualquier mínima novedad con respecto a la normativa ya vigente lo único que ocasiona es confusión y dificultades interpretativas que sólo favorecen a la parte que económicamente puede permitirse mayor litigiosidad.

No obstante existen preceptos que mantendrán su vigor y que incomprensiblemente continúan favoreciendo a las aseguradoras. Tampoco parece de recibo que se mantengan algunos de los plazos que prevé la Ley, como el preaviso que se le impone al consumidor para negarse a la prórroga del contrato. En el tráfico actual tal requisito parece desorbitado.

Se aborda en el proyecto de reforma la regulación del seguro de decesos, hasta ahora huérfano de todo control, habiendo sido fuente de frecuentes abusos. No obstante no se abordan medidas suficientes para proteger al consumidor, especialmente porque los conflictos surgen en momentos muy delicados para la familia de los asegurados.

En definitiva, la nueva regulación avanza pero muy tímidamente en la intención de proteger al consumidor, pero no creemos que pueda alcanzar su objetivo, como no lo han alcanzado otras reformas, por ejemplo en lo relativo a la información previa de los contratos de seguro.

La mayor preparación de las entidades aseguradoras y la poca cultura jurídica de la que todavía adolecen la mayoría de los consumidores hace que el asegurador sea un sector abonado a los abusos de la parte dominante.

Precisamente esta insuficiente preparación del usuario en un mundo tan complejo como es el seguro debería impulsar a la Administración a adoptar medidas mucho más contundentes frente a la indudable posición de superioridad de las compañías. Indudablemente todas las medidas que se adoptan y se han adoptado para garantizar la solvencia de las entidades son dignas de elogio, pero ello no obsta para que no se ponga coto a todas aquellas prácticas que pueden ser consideradas como abusivas.

ANÁLISIS DE CONDICIONES EN LOS CONTRATOS DE SEGUROS

CLÁUSULAS ABUSIVAS

1.- LOS SEGUROS Y LAS CONDICIONES GENERALES: CALDO DE CULTIVO IDEAL PARA LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS

El contrato de seguro constituye, desde antiguo, uno de los ejemplos más característicos de contrato de adhesión, es decir, de negocio jurídico cuyo contenido no es resultado de los tratos libres y equilibrados de las partes, sino de la predisposición por una de ellas de sus cláusulas específicas a través del empleo usual de las denominadas condiciones generales de la contratación. Esta circunstancia, que ha sido mencionada a propósito de los caracteres del contrato de seguro en relación al art. 1 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), se manifiesta sin matices particulares en la práctica totalidad de las diversas modalidades del seguro, a salvo, quizá, de aquellos supuestos en los que el equilibrio de las partes haga posible una negociación individualizada de su contenido.

Así pues es razonable entender que se incluyeran algunas normas jurídicas en la LCS a propósito de las condiciones generales de la contratación, a la vista de su ya advertido empleo en el campo del seguro y, a la vez, de la inexistencia de un régimen concreto sobre las mismas en el Derecho español.

2.- LAS CLAÚSULAS ABUSIVAS TRATADAS DE FORMA DISPERSA EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL

A) LAS LEYES DE CONSUMO, LEY DE CONDICIONES GENERALES DE LA CONTRATACIÓN Y LEY DE CONTRATO DE SEGURO

La vigencia simultánea de normas como el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias (LGDCU), o la Ley sobre Condiciones Generales en la Contratación (LCGC), en las que se contempla con detalle, el fenómeno de las condiciones generales, obliga a efectuar un juicio más complejo y matizado. De entrada, conviene indicar que la disciplina del art. 3 LCS se aplica a todo contrato de seguro en el que se utilicen condiciones generales, sobre la base del principio de tutela del asegurado, que la ley asume como uno de los elementos cardinales de su regulación. Y la disciplina sobre aquéllas, que el art. 3 LCS contiene, se aplica a todo tipo de asegurado, por presuponer el legislador su carácter de «parte débil» de la relación aseguradora, demostrado, mediante su necesaria adhesión al clausulado de condiciones generales predispuesto por el asegurador o utilizado por él.

Hay aquí una diferencia esencial con la LGDCU, que, como es sabido, determina el sometimiento de las condiciones generales utilizadas en un contrato de seguro al régimen establecido por la LGDCU y que vendrá condicionada, obviamente, por el hecho de que el asegurado pueda ser calificado, de consumidor.

Sin perjuicio de que se puedan aplicar al ámbito del seguro las normas de la LCGC, es lo cierto que muchas de ellas contemplan aspectos ya regulados por esta última con un tratamiento no superior, desde el punto de vista técnico, al dispensado por el art. 3 LCS. De aquí cabe deducir que la aplicación de LCGC a las condiciones generales del seguro ha de hacerse en consonancia con la disciplina del art. 3 LCS que, por razones de mayor calidad, habrá de ser preferido frente a los preceptos equivalentes de aquélla.

En conclusión, el art. 3 LCS mantiene íntegra su vigencia tras la promulgación de las normas sobre condiciones generales de la LGDCU y la LCGC. Los tres textos legales, no obstante, han de ser tenidos en cuenta de manera conjunta a la hora de considerar el particular régimen jurídico que haya de aplicarse a las condiciones generales utilizadas en las diversas modalidades del seguro.

B) LA INTERPRETACIÓN EN FAVOR DEL ASEGURADO DE LAS CONDICIONES GENERALES NO RESUELVE CASI NINGÚN PROBLEMA

¿Cómo vamos o debemos interpretar las condiciones generales? Nada dice el art. 3 LCS sobre la interpretación que deba darse a las condiciones generales utilizadas en las diversas modalidades de contrato de seguro. La Jurisprudencia y doctrina actual se ha pronunciado y consolidado con frecuencia sobre la interpretación de las condiciones generales del seguro. A todo ello, se añade el art. 6 LCGC que, como es sabido, establece unas «reglas de interpretación» de las condiciones generales, aplicables, sin duda, a nuestro juicio, al ámbito del seguro que ahora nos ocupa.

Nuestros tribunales han repetido en numerosas ocasiones que las dudas derivadas de la utilización de condiciones generales no pueden interpretarse a favor de la entidad aseguradora que las impuso, sino que, más bien, han de atender a la defensa de los intereses del asegurado (por muchas, véanse STS 3-2-1989 [Civil] RAJ 1989/659, STS 27-11-1991 [Civil] RAJ 1991/8496, STS 30-12-1996 [Civil] RAJ 1996/9512, STS 29-9-1998 [Civil] RAJ 1998/866). Pero no siempre, sin embargo, se adopta este tono, ya que no faltan los supuestos en los que el juzgador se sitúa en una posición menos radical; así, ha podido decirse (STS 1-7-1997 [Civil] RAJ 1997/5473) que «la regla de la interpretación más favorable al asegurado sólo juega respecto de los casos dudosos».

La clave pues de la interpretación, dentro del ámbito en el que ahora nos movemos, reside, por tanto, en el beneficio del asegurado y no, como ya se ha dicho, en la naturaleza (general o particular) de la particular condición o cláusula contractual.

C) ¿POR QUÉ EXISTEN CLAÚSULAS ABUSIVAS EN LOS CONTRATOS? LOS FALLOS DE LA NORMATIVA

El libre acceso de claúsulas abusivas a pesar del control de las condiciones generales: el control de Control de inclusión.-

Dos son las finalidades que persigue el denominado control de inclusión; de un lado, facilitar al adherente el conocimiento y comprensión de las condiciones generales, y, de otro, convertirse en instrumento de publicidad de las mismas.

El tenor literal del art. 3 LCS manifiesta la voluntad del legislador de hacer llegar al conocimiento del asegurado la entera disciplina del contrato (Sánchez Calero, F., Ley de contrato de seguro, cit., p. 86 y ss.), mediante la incorporación de las condiciones generales a los diversos documentos propios de la contratación aseguradora (proposición, póliza y documentos complementarios), que necesariamente habrán de ser suscritos por el asegurado, a quien se entregará copia de los mismos (al respecto, como expresión de una Jurisprudencia constante, véase STS 4-11-1991 [Civil] RAJ 1991/7932).

En tal sentido, ha podido decir la Jurisprudencia (STS 26-2-1997 [Civil] RAJ 1997/709) que «las condiciones generales que figuran como «documento complementario» a la póliza y no se insertan

en ella, no pueden ser calificadas como póliza». Se trata, por lo demás, de una línea interpretativa continuada y que se pone de manifiesto en numerosos fallos (STS 8-6-1992 [Penal] RAJ 1992/5040, y STS 11-11-1997 [Civil] RAJ 1997/7870), algunos de los cuales encuentran su fundamento en la legislación de consumo (art.10 LGDCU), por merecer el asegurado, a la vez, el calificativo de consumidor (STS 30-4-1999 [Civil] RAJ 1999/369).

Para lograr, en todo caso, el perfecto entendimiento de las condiciones generales por el asegurado -objetivo esencial de su regulación en la LCS-, resulta imprescindible que el lenguaje de las mismas sea comprensible y no incurra en la utilización de términos extraños o accesibles solamente a sujetos conocedores de las particularidades del sector. Este fin constituye una realidad tradicional de la política jurídica en materia de condiciones generales y, más específicamente, de su particular tratamiento en el ámbito del seguro.

Caso de que la redacción de las condiciones, tanto generales como particulares, no alcance la claridad y precisión requeridas por la ley, cabrá entender que no quedarán incorporadas al contrato, por aplicación de lo dispuesto en el art. 7 b) LCGC.

El problema es que este control no se produce de forma previa en todos los contratos. Se entenderán no incluídas, cuando se detecten. Lo cierto es que en la actualidad los contratos de seguro y cualquier otro no son visados por ningún organismo como que estén libres de claúsulas abusivas. Es necesario que los tribunales cataloguen como abusiva una claúsula para que no se entiendan incorporadas al contrato (toda una contradicción).

El control del contenido: Las claúsulas lesivas.

Mayor es el debate sobre lo que deba entenderse por claúsula lesiva. Una parte de la doctrina y la jurisprudencia las identifica con las propias claúsulas abusivas y otra con claúsulas que tienen una especial onerosidad para el consumidor.

Parece factible entender, como resumen, que la lesividad de una cláusula se fundamenta en la desproporción insuperable que, en el propio contrato de seguro, se produce en perjuicio del asegurado. Por todo ello estas claúsulas también son consideradas inválidas a efectos del contrato.

Una zona mixta y oscura para el consumidor que linda con las claúsulas abusivas: Las Cláusulas limitativas.-

Si las cláusulas lesivas son siempre inválidas, las limitativas, en cambio, pueden alcanzar validez si se cumplen las dos condiciones señaladas por el art. 3 LCS, esto es: que se destaquen de modo especial y que sean específicamente aceptadas por escrito y, en todo caso, si no se oponen a normas imperativas de la LCS que resulten indisponibles para los contratantes. En todo caso, los dos requisitos mencionados en el art. 3 LCS han de considerarse esenciales, según cabe deducir de la muy abundantemente jurisprudencia que se ha pronunciado sobre la cuestión.

Pero a tenor de lo expresado hasta el momento, ¿ cuál debiera ser el valor que quepa atribuir a la limitación de los derechos del asegurado, como elemento caracterizador de este singular tipo de cláusulas frente a las lesivas?. A la vista de la descripción: todas aquéllas que restrinjan los derechos del asegurado, sin producir la desproporción o desequilibrio insuperables de su posición jurídica en la economía del contrato, que caracterizan a las lesivas, habrán de ser consideradas limitativas.

Esta comprobación en todo caso, tal y como se ha comentado anteriormente, sólo puede ser realizada por un Tribunal y exige a los consumidores a acudir a procedimientos costosos y de incierto resultado.

A modod e ejemplo, nuestra Jurisprudencia en una clara sintonía manifiesta que cabe indicar que serán cláusulas limitativas : «la exclusión de la imprudencia grave» (STS 9-11-1990 [Civil] RAJ 1990/8535), el hecho de limitar, reducir o excluir algún supuesto dentro del doble riesgo de muerte o invalidez cuya cobertura deseaban los contratantes del seguro (STS 26-2-1997 [Civil] RAJ 1997/1330), la exclusión del riesgo por conducción en estado de embriaguez (entre otras muchas, STS 10-1-1991 [Penal] RAJ 1990/2973), la exclusión del daño causado por las cosas transportadas por el vehículo asegurado (STS 9-6-1988 [Penal] RAJ 1988/4583), la no consideración como terceros perjudicados de los asalariados del asegurado (STS 10-12-1990 [Penal] RAJ 1990/9441), del cónyuge del asegurado (STS 20-4-1990 [Penal] RAJ 1990/3291), de los ascendientes del asegurado que convivan con él (STS 14-12-1190 [Penal] RAJ 1990/9516), de los familiares del tomador (STS 29-5-1989 [Penal] RAJ 1989/3891).

La delimitación y concreción del riesgo no es una claúsula abusiva

Por otro lado, cabe destacar, la idea de que «la concreción del riesgo asegurado no supone limitación en los derechos del asegurado» (STS 5-6-1997 [Civil] RAJ 1997/4607). De este modo, serán cláusulas delimitadoras del riesgo, frente a lo indicado más arriba, la exclusión de la cobertura del riesgo a la conducción en estado de embriaguez (STS 28-1-1985 [Civil] RAJ 1985/202), y la no cobertura de los daños sufridos por los parientes hasta el tercer grado de consanguinidad de la contratante, cuando convivan habitualmente con ella (STS 9-2-1994 [Civil] RAJ 1994/840).

Citaremos, finalmente, otras cláusulas consideradas por la Jurisprudencia como meras delimitaciones del riesgo: la que excluye la reclamación de la indemnización en caso de pérdida total del objeto asegurado (STS 22-4-1991 [Civil] RAJ 1991/3018), la que fija la indemnización (STS 7-3-1997 [Civil] RAJ 1997/1645) y la que circunscribe la indemnización a los siniestros acaecidos en territorio español (STS 5-6-1997 [Civil] RAJ 1997/4607).

3.- CARACTERÍSTICAS DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS.

A tenor de la Directiva 13/93/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993 sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores, se entiende por cláusulas predispuestas no negociadas individualmente aquellas cláusulas contractuales que han sido redactadas previamente y el consumidor no haya podido influir sobre su contenido, en particular en el caso de los contratos de adhesión (art. 3.2).

Con todo, teniendo en cuenta la norma europea así como las diversas explicaciones vertidas en la Exposición de Motivos de la LCG, parece claro que los nuevos art. 80 y ss. del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias , se refieren a las cláusulas predispuestas no negociadas individualmente y a las cláusulas abusivas.

En concreto, dicho precepto contempla «Las cláusulas, condiciones o estipulaciones que se apliquen a la oferta o promoción de productos o servicios, y las cláusulas no negociadas individualmente relativas a tales productos o servicios, incluidos las que faciliten las Administraciones Públicas y las entidades y empresas de ellas dependientes».

Características:

1º. Se trata de cláusulas que, aunque no se diga expresamente, están destinadas a formar parte de un contrato a celebrar entre un empresario y consumidor.

2º. Ha de tratarse de cláusulas predispuestas, esto es elaboradas previamente a la celebración del contrato.
3º. Son cláusulas impuestas aunque el elemento imposición tampoco se recoge en el precepto que solo menciona las cláusulas no negociadas individualmente.

Dos conocidas sentencias del Tribunal Supremo, SSTS 20 noviembre 1996 y 31 enero 1998, en las que se desestimaron las acciones dirigidas a la declaración de nulidad de ciertas cláusulas contenidas en unos contratos bancarios al considerar como no probado el hecho de que el consumidor no pudo evitar su incorporación, de acuerdo a lo previsto en el anterior art. 10.2 LGDCU. El supuesto planteado en ambos casos era el mismo: apertura de una cuenta corriente en una entidad bancaria por un usuario que presenta demanda instando se declare la nulidad de ciertas cláusulas por abusivas y la publicación de la sentencia en periódicos de difusión nacional. Se desestima la demanda en primera instancia y presentado recurso de casación, el Tribunal Supremo declaró no haber lugar al recurso. Lo cierto es que el Tribunal fue consciente del fin perseguido al realizar el contrato, que no era otro que posibilitar la presentación de la demanda a fin de obtener una declaración judicial de nulidad de una serie de cláusulas que se consideraban abusivas; pero lo significativo es que se rechaza el recurso sobre la base de que a tenor del art. 10.2 LGDCU y en referencia a las condiciones impugnadas se requiere como requisito que su «aplicación no pueda evitar el consumidor o usuario, siempre que quiera obtener el bien o servicio de que se trate. No es suficiente pues que el consumidor o usuario no haya podido influir sobre el contenido de la cláusula, se le exige que no haya podido eludir su aplicación, en otras palabras no una actitud meramente pasiva (…). Al igual que en el litigio resuelto por la sentencia de 20 de noviembre de 1996, en éste (…), no se (…) ha probado, ni intentado siquiera, que éste intentó evitar la aplicación de las condiciones generales que reputa nulas». Al no darse este requisito tampoco prospera la acción interpuesta, pues como se dice en la Sentencia «en ningún precepto legal hasta ahora se excusa a las asociaciones de consumidores y usuarios de la acreditación de este requisito subjetivo, otorgándoles una acreditación total y absoluta para ejercer puras acciones declarativas de nulidad de cláusulas hipotéticamente abusivas. No basta con ser legalmente una asociación de Consumidores y Usuarios». Y previamente se rechaza la aplicación de la Directiva ya existente, por cuanto «ha de servir de guía para la interpretación de los derechos nacionales vigentes anteriores como posteriores para alcanzar el resultado al que se refiere cuando no se haya adaptado el derecho interno a la misma, pero sin que sea aplicable directamente en cuanto confiere derechos a los particulares respecto a otros» (STS 31 enero 1998 FJ 3º).

De otro lado y en línea con lo dispuesto en la LCG (art. 1.2), el art. 82.2 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, establece que «el hecho de que ciertos elementos de una cláusula o que una cláusula aislada se hayan negociado individualmente no excluirá la aplicación de este artículo al resto del contrato». En realidad lo que se pretende es que, pese a existir alguna cláusula negociada individualmente, el resto del contrato y en concreto el resto de su clausulado quede sometido igualmente no solo al control de contenido previsto en este precepto sino también a los requisitos de validez exigidos en el Título II del Libro Segundo del texto refundido.

Por último y a diferencia en este caso de la LCG, el art. 82.2 párrafo. 2º, atribuye al profesional la carga de la prueba cuando afirme que una cláusula ha sido negociada individualmente, si bien, como se ha dicho, ello «resulta de las reglas generales en materia de distribución de la carga probatoria: acreditado por el consumidor que una cláusula ha sido predispuesta, corresponde al empresario o profesional probar que no procede aplicar la LGDCU en razón del carácter especialmente negociado de dicha cláusula».

4º. Finalmente, las cláusulas contempladas en el art. 82.4, y que se desarrollan en los artículos 85 y ss., serán siempre abusivas.

Por tanto, en la práctica, lo habitual será que las cláusulas predispuestas e impuestas en los contratos celebrados con consumidores revistan el carácter de condición general, en cuyo caso y como acabamos de señalar se aplicará también la LCG.

4- ESTUDIO ADICAE SOBRE CLAÚSULAS ABUSIVAS EN LAS PÓLIZAS DE SEGUROS

El estudio realizado parte de las pólizas recopiladas por las Coordinadoras y Delegaciones de ADICAE de diversas Comunidades Autónomas de España. En concreto las pólizas estudiadas proceden de: EXTREMADURA, ANDALUCÍA, CASTILLA-LEÓN, GALICIA, ARAGÓN, CATALUÑA y MADRID.

En total se han analizado 63 pólizas correspondientes a 8 ramos del seguro, de las cuáles 6 corresponden al ramo del automóvil, 18 a seguros del hogar, 8 a seguros de ahorro-inversión, 20 al seguro de vida, 2 al seguro de salud, 5 al seguro de accidentes, 2 al seguro de decesos y 2 al seguro de responsabilidad civil.

Los contratos de seguros estudiados pertenecen a 41 compañías aseguradoras, que distribuidas por Comunidades Autónomas resulta la siguiente lista:

EXTREMADURA:
Seguros Vitalicio
Seguros Reale
Seguros La Estrella
Seguros AXA
Banco Santander-Central-Hispano S.A.
Euromutua
Seguros Segurcaixa
Mutualidad de la Abogacía
Agrupación Mutual Aseguradora A.M.A.
Caser
MAPFRE
Fidelidade Mundial
Previsión Española

ANDALUCÍA:
Seguros Atocha
Sabadell-Atlántico

CASTILLA-LEÓN:
Liberty Seguros
Alianza Española

GALICIA:
Banesto-Seguros
Caixa Galicia
Nationale Nederlanden Vida ING
Nortehispana
Allianz
Helvetia

ARAGÓN:
Pelayo
SantaLucía
Generali

CATALUÑA:
Centro asegurador
Ocaso
BBVA
Caixa Terrasa
Eurovida
Banco Popular
Caixa D'estavis de Terrasa
Winterthur

MADRID:
Seguros Sudamérica
La Previsión Mallorquina de Seguros
Caja Granada
Caja España
Seguros Cervantes
Hispania
Alico

NORMATIVA APLICADA

El material legislativo con el que se ha trabajado para determinar si existe desigualdad en la relación contractual en las pólizas estudiadas, se ha centrado en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y la Directiva 2005/29, relativa a prácticas desleales de las empresas en sus relaciones con los consumidores.

PRIMERA VALORACIÓN CRÍTICA

Del estudio realizado, se puede afirmar con carácter general, que en la mayor parte de las pólizas estudiadas, se han detectado la existencia de cláusulas abusivas, que son aquéllas que producen un perjuicio al consumidor, bien porque producen desequilibrio en las prestaciones de las partes, bien

porque son oscuras, bien porque se detecta una manifiesta falta de información, o por la existencia de cobro de comisiones que no obedecen a ningún tipo de actividad por la compañía, o la existencia de penalizaciones para el consumidor ante demoras que no asume la compañía cuando las mismas se producen por su parte, etc. Estos desequilibrios y abusos, se producen porque las pólizas de seguros son contratos de adhesión, ya que si dichas pólizas fueran convenidas por las partes en iguales condiciones, desaparecerían en gran proporción las cláusulas abusivas.

CLAUSULAS ABUSIVAS COMUNES A TODOS LOS RAMOS

- La que exige al asegurado entregar el original, no una copia, de su póliza para poder solicitar el pago de la indemnización, una vez producida la contingencia o siniestro, 'desposeyéndole así del documento' y dejándole a merced de la compañía.

- Todas aquellas que incurren en falta de información sobre aspectos esenciales del contrato de seguro en cuanto a delimitación del riesgo y prestaciones. En los seguros de vida, aquellas que omiten el método del cálculo del valor del rescate y de la revalorización del capital; en los de vehículos, cuando no quedan claros los criterios de la aseguradora para modificar la tarifa de siniestralidad, el llamado "sistema bonus-malus". Y es que, a veces, sin que el asegurado haya sufrido ningún siniestro ve cómo aumenta el precio de su póliza, sin saber en qué se basa la compañía para aplicarle la subida.

- La que otorga a la aseguradora unilateralmente el derecho de prestar o no defensa jurídica (pago de los gastos de abogado y procurador o poner al servicio del asegurado los de la compañía). Y la que en el mismo seguro de defensa jurídica exime a la aseguradora de tener que pagar los gastos de procurador y abogado de su cliente si éste gana el juicio y condenan en costas al contrario. Así el cliente tiene que adelantar todos los gastos y la aseguradora no paga nada.
-Aquella en la que la compañía se reserva la resolución del contrato por el mero acaecimiento del riesgo cubierto.

La anulación de una condición general por abusiva corresponde a los tribunales. Y hay toda una colección de fallos que dictaminan que algunos de los acuerdos de los contratos con las compañías aseguradoras pueden considerarse nulos de pleno derecho por tratarse de un abuso de posición respecto al tomador del seguro. Es importante tener en cuenta que, aunque la Dirección General de Seguros haya aprobado el condicionado, no está exento de problemas. Pero, para tranquilidad de los asegurados, inicialmente todas las disposiciones que recogen los contratos de seguros han de ajustarse a la legislación.

CLÁUSULAS ESPECÍFICAS DE CADA RAMO

SEGURO DE VIDA

1ª) La cláusula que aparece, prácticamente, en todas las pólizas de este ramo del seguro por la que se penaliza el rescate del seguro. El desequilibrio que se produce, se concentra con mayor intensidad en los primeros años de vigencia del seguro, en los cuáles se puede llegar a perder parte del capital aportado.

2ª) La que determina el cobro de gastos fijos mensuales por mantenimiento más un tanto por ciento sobre el valor acumulado en concepto de gastos variables.

3ª) Aquélla que impone al consumidor la obligación de pagar una cantidad mensual variable en concepto de prima de riesgo.

4ª) La falta de información comprensible en el clausulado para que el consumidor pueda determinar la revalorización del capital o, simplemente, el valor de rescate en cada momento.

5ª) Aquélla cláusula por la que se somete al asegurado a firmar un cuestionario de actividad y declaración de estado de salud, y cuando ocurre el siniestro por alguna de las circunstancias expresadas, aunque se haya producido de manera circunstancial, la compañía se niega a satisfacer prestación alguna.

SEGURO DEL HOGAR

1ª) La que impone al consumidor la obligación de que la vivienda debe reunir unas características determinadas, exigiéndole cambio de puertas, ventanas, tuberías, etc.

SEGURO DEL AUTOMÓVIL

1ª) Aquella cláusula por la que se queda al arbitrio de la compañía la aplicación del sistema bonus-malus.

2ª) La que permite a la aseguradora resolver el contrato porque se produzca el riesgo cubierto.

3ª) La que permite a la compañía excluir el riesgo de defensa jurídica, cuando entienda que la reclamación judicial no va a prosperar.

4ª) La que obliga al asegurado a servirse de los servicios jurídicos de la compañía, prohibiéndole designar a unos de libre elección aunque existan intereses contrapuestos; o aquélla por la que la compañía no se hace cargo de los honorarios de los profesionales de libre elección del asegurado, existiendo la cobertura de defensa jurídica, cuando el contrario ha sido condenado en costas.

SEGURO DE AHORRO-INVERSIÓN

1ª) Aquélla por la que la Compañía se reserva el derecho de rechazar o de aplicar extraprimas a los asegurados, si así lo creyera necesario, en virtud del contenido de las declaraciones de salud o de los reconocimientos médicos realizados.

SEGURO DE SALUD

1º) Aquella cláusula por la que la Compañía distingue entre período agudo de la enfermedad y convalecencia del enfermo, estableciendo que el pago de la indemnización diaria del período de convalecencia no podrá ser exceder de la tercera parte de duración del período agudo de la enfermedad. Se considera abusiva esta cláusula, porque si el plazo de duración del seguro se concierta por un año renovable, no debe la Compañía reservarse unilateralmente el derecho a no pagar la indemnización durante el período de convalecencia del asegurado, cuando en una cláusula anterior se determina que “se procederá al pago de la indemnización diaria, cuando se produzca una alteración en el estado de salud del asegurado, que lleve aparejada la interrupción de su actividad laboral o profesional de forma temporal.

SEGURO DE ACCIDENTES

1ª) Se considera desproporcionada aquella cláusula por la que el asegurador se exime del pago de la

indemnización cuando el precio del viaje en el que ha ocurrido el accidente no ha sido pagado íntegramente con la tarjeta emitida por el tomador del seguro. Se considera abusiva esta cláusula porque hay ocasiones, cuando se concierta un viaje, en que se paga una pequeña cantidad al contado como señal y el resto del precio (la cantidad principal que puede ser del 95% del total), se paga con la tarjeta del tomador. En este caso, aunque no se haya pagado la totalidad del precio con la tarjeta, el asegurador debería indemnizar en la parte proporcional al precio pagado con la tarjeta.

SEGURO DE DECESOS

1ª) La que exige que se entregue a la compañía de seguros la declaración de herederos, cuando están perfectamente designados en la póliza, de manera expresa, quiénes son los beneficiarios.

2ª) La que establece a título solamente enunciativo y no exhaustivo en qué podría consistir la prestación.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

1ª) Aquélla que permite a la Compañía exonerarse del pago cuando entienda que ha existido negligencia por parte del asegurado en la adecuada conservación de los bienes. Esta cláusula se considera abusiva cuando se da la circunstancia que se detalla en el siguiente ejemplo: cuando surge la responsabilidad civil del asegurado en daños por rotura de tuberías producidos a un tercero, no debe escudarse la Compañía para eximirse del pago en que las tuberías del inmueble del asegurado se encontraban en mal estado, y debido a esa negligencia en la conservación de las mismas no puede afrontar la indemnización. Esto es abusivo, porque la prima se calcula en función de los años y estado de conservación del inmueble, por lo que la Compañía debe asumir el riesgo contratado.

CLÁUSULAS AGRUPADAS POR MATERIAS

1º) Las que afectan a la revalorización del seguro: como es el caso en los seguros de vida del cobro de gastos fijos mensuales por mantenimiento, más un tanto por ciento sobre el valor acumulado en concepto de gastos variables. O la que impone al consumidor la obligación de pagar una cantidad mensual variable en concepto de prima de riesgo. O aquella otra por la que la compañía se reserva el derecho de rechazar o de aplicar extraprimas a los asegurados , si así lo creyera necesario, en virtud del contenido de las declaraciones de salud o de los reconocimientos médicos realizados.

En los seguros del automóvil, aquélla por la que se queda al arbitrio de la compañía la aplicación del sistema bonus-malus, sin que el asegurado pueda saber el criterio de la aseguradora en la aplicación de dicho sistema.

En los seguros del hogar, la que impone al consumidor la obligación de que la vivienda debe reunir unas condiciones determinadas, o en caso contrario, se incrementa la prima o en caso de siniestro, se exime del pago de la indemnización la compañía.

2º) Las que afectan a la reclamación del siniestro: Es frecuente observar en las pólizas de los seguros del automóvil, la cláusula que permite a la compañía excluir el riesgo de defensa jurídica, cuando entienda que la reclamación judicial no va a prosperar. O aquella otra, por la que se obliga al asegurado a servirse de los abogados de la compañía, prohibiéndole designar a un profesional de libre elección aunque existan intereses contrapuestos. O aquélla por la que la compañía no se hace cargo de los honorarios de los profesionales de libre elección del asegurado, existiendo la cobertura de defensa jurídica, cuando el contrario ha sido condenado en costas. También tiene la considera-

ción de cláusula abusiva la que permite a la aseguradora resolver el contrato porque se produzca el riesgo cubierto; ello supone vincular el contrato a la voluntad del empresario, lo que resulta prohibido por el art. 85 de la LGDCU.

En el seguro de accidentes en viajes, se considera limitativa y desproporcionada la cláusula por la que el asegurador se exime del pago de la indemnización cuando el precio del viaje en que ha ocurrido el siniestro no ha sido pagado íntegramente con la tarjeta emitida por el tomador del seguro. Se considera abusiva esta cláusula porque hay ocasiones, cuando se concierta un viaje, en que se paga una pequeña cantidad al contado como señal y el resto del precio (la cantidad principal que puede llegar a ser del 95% del total), se paga con la tarjeta del tomador. En este caso, aunque no se haya pagado la totalidad del precio con la tarjeta, el asegurador debe indemnizar al asegurado en la parte proporcional al precio pagado con la tarjeta y no eximirse del pago en su totalidad.

En el seguro de responsabilidad civil, se considera lesiva la cláusula por la que la compañía se exonera del pago cuando entienda que ha habido negligencia por parte del asegurado en la conservación de los bienes. Al calcularse la prima en función de los años y estado de conservación de los bienes, no puede el asegurador escudarse en la falta de conservación de los mismos para eximirse del pago.

3º) Las que afectan a la duración del contrato o a la eficacia del mismo: En el caso del seguro de decesos, la que exige que se entregue a la compañía la declaración de herederos para poder cobrar la indemnización, cuando están designados en la póliza, de manera expresa, quiénes son los beneficiarios. O la que establece a título solamente enunciativo y no exhaustivo en qué podría consistir la prestación.

En el seguro de vida, la que aparece prácticamente en todas las pólizas analizadas por la que se penaliza el rescate del seguro. El desequilibrio que se produce, se concentra con mayor intensidad en los primeros años de vigencia del seguro, en los cuáles se puede llegar a perder parte del capital aportado.

4º) Las que afectan a la prima y a la suma asegurada: En el caso del seguro del automóvil, es abusiva por vincular el contrato a la voluntad del asegurador y limitar los derechos del asegurado, la cláusula por la que el asegurado perderá la parte de prima no consumida por rescisión anticipada del contrato y no consta la recíproca para el asegurador. O aquélla otra por la que se limita la indemnización pactada en tanto no exista una aceptación expresa y por escrito del asegurado.

5. ¿CÓMO PROTEGERSE DE LAS CLAÚSULAS ABUSIVAS?

Una vez que tenemos las bases determinadas en los anteriores expositivos debemos afirmar que es cierto que en relación a cualquier análisis hemos de partir del hecho que los poderes públicos han articulado el principio de protección a los consumidores como garantía ante posibles abusos por parte de las compañías, de modo que las condiciones claramente lesivas para el consumidor no son válidas aunque hayan sido firmadas.

La jurisprudencia es ciertamente cautelosa a la hora de decretar de cláusulas abusivas y prefiere calificarlas de “limitativas”. Una cláusula lesiva sería aquella que reduce considerablemente el canon de manera desproporcionada a la prestación del asegurado, es decir, que vacía de contenido la cobertura, de modo que es prácticamente imposible acceder a la cobertura del siniestro. Recordemos lo que manifesté anteriormente en cuanto a que la Ley de Contrato del Seguro (LCS) prohíbe las cláusulas lesivas y exige que las cláusulas limitativas, “aquellas que restringen o limitan la cober-

tura en principio contratada", sean expresamente destacadas en la póliza y estén específicamente firmadas por el tomador-asegurado en señal de conocimiento y aceptación.

De hecho, con arreglo a lo dispuesto en las normas reguladoras de esta materia, los efectos del incumplimiento por parte de las aseguradoras suponen, si se acude a los tribunales:

En caso de las cláusulas limitativas no aceptadas: se tienen por no suscritas y no tienen efectos en dicho contrato.

En caso de las lesivas son nulas y no aplicables.

Mecanismos de control y supervisión concretos:

-Hasta hace poco más de una década la normativa en vigor exigía que todas las pólizas de seguros que se comercializaran tuvieran el visto bueno de la Dirección General de Seguros. Para obtener este permiso las compañías depositaban allí sus "bases actuariales". Hoy en día, tal y como informa el Consejo General de los Colegios de Mediadores de Seguros Titulados, este trámite no es necesario.

-La Ley de sobre condiciones generales de la contratación de 1.998 en su artículo 11.2 prevé que el registro de este tipo de clausulado es potestativo aunque el Gobierno está facultado para imponer la inscripción obligatoria en determinados sectores específicos de la contratación. El Registro de Condiciones Generales de la Contratación estará a cargo de un Registrador de la Propiedad y Mercantil. Por tanto, esta ley sí prevé algunas medidas que pueden resultar eficaces, ya que si una persona especializada como es un Registrado de la Propiedad y Mercantil gestiona la inscripción obligatoria de los clausulados generales en materia de seguros se podrían evitar muchas de las cláusulas abusivas.

La ley también establece las acciones colectivas que se pueden ejercer contra las cláusulas abusivas y quienes están legitimados activamente para ejercitarlas.

Conviene poner el acento en lo referente a la legitimación activa (artículo 16 de la Ley). Indudablemente las asociaciones de consumidores tienen el deber de velar por atajar las cláusulas abusivas. Pero no son las únicas legitimadas. Destacar en este aspecto el papel que debería desempeñar el Ministerio Fiscal. La cualificación que se presupone a los representantes del ministerio público (conviene recordar que sus oposiciones de acceso son prácticamente idénticas a las de la carrera judicial) los capacita para velar por los intereses de los consumidores, máxime cuando no corren el riesgo de condenas en costas, pero en la práctica su intervención como actores en este tipo de acciones es casi inapreciable. Tampoco debemos olvidar las actuaciones que el Instituto de Consumo, órganos de Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales deberían realizar y que tampoco destacan por su número.

Finalmente el resto de legitimados (asociaciones de empresarios, profesionales y agricultores; Cámaras de Comercio, Industria y Navegación y Colegios profesionales) deberían tomar conciencia de su papel y potenciar sus actuaciones en este ámbito.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En resumen, tanto la doctrina científica y la jurisprudencial coinciden en afirmar la dificultad que plantea la distinción entre cláusulas delimitadoras del riesgo y cláusulas limitativas de derechos, dada la falta absoluta de criterios en este sentido del artículo 3 LCS que ya hemos analizado a lo largo del presente informe. No obstante, dicha distinción es una cuestión que no resulta baladí desde

un punto de vista jurídico, especialmente a la hora de enjuiciar la validez de unas y otras cláusulas, lo que ha dado lugar a que se trate de uno de los preceptos de la LCS sobre el que mayor conflictividad judicial y, en el que la doctrina jurisprudencial no siempre es unánime ni pacífica.

- Las cláusulas delimitadoras del riesgo actuarían en una primera etapa, en el momento en que las partes tratan de regular el marco en que quedará encuadrada la relación jurídica estableciendo que riesgos y eventos están cubiertos por el contrato y cuales quedan excluidos o bajo que circunstancias. Su finalidad es delimitar el objeto del contrato de seguro.

- Las cláusulas limitativas de derechos del asegurado, por contra, operan en un segundo estadio, una vez definida la relación jurídica, Limitan el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido, recortando los derechos que el asegurado normalmente tendría atendiendo al objeto del contrato. Son cláusulas restrictivas que la LCS exige sean específicamente aceptadas por el asegurado, sujetas al control Jurisdiccional.

Esta cuestión se ha visto paliada en parte por la entrada en vigor de la nueva LGDCU, la cual enumera en los art. 82 y ss. lo que se consideran cláusulas abusivas con carácter general, ya sean limitativas de derechos o delimitadoras del riesgo.

Sin embargo, como se ha dicho, la anulación de una cláusula por abusiva corresponde a los tribunales. Para evitar litigios, conviene prestar especial atención a las condiciones limitativas y estar convencidos antes de firmar. Las cláusulas restrictivas o excluyentes no aceptadas de forma explícita no tienen efecto en los contratos y las consideradas abusivas por los tribunales no pueden incluirse en estos documentos. Numerosas sentencias han decretado la ilegalidad de algunas condiciones impuestas por las compañías aseguradoras.

Pero, hagámonos las siguientes preguntas, ¿ Se lee y entiende las diferentes pólizas de seguro existentes en el mercado? ¿nos concentramos en conocer qué coberturas se contratan, que exclusiones se firman, que riesgos se asumen por las compañías, cual es nuestro nivel real de protección como consumidores?

En teoría y como premisa esencial, es cierto que las condiciones de una póliza o contrato de seguro se pactan de común acuerdo entre la compañía aseguradora y su cliente, y ambas partes las dan por buenas. Pero en el caso de los seguros no hay acuerdo, se utilizan los denominados contratos de adhesión, (a los que anteriormente he hecho referencia) que consisten en que una parte, en este caso la compañía de seguros, redacta e impone las cláusulas al asegurado, que generalmente sólo se limita a suscribir o rechazar el contrato en su integridad.

Mediante un contrato de seguro la compañía, a cambio de percibir una cantidad de dinero del cliente, queda obligada, en caso de producirse alguno de los sucesos o riesgos previstos en dicho documento, a indemnizar el daño producido, abonar un capital o renta o prestar el servicio convenido. Sin embargo, el carácter abusivo lo determinan posteriormente los Juzgados y Tribunales y cuando una cláusula finalmente se determina como abusiva, se debe y tiene que eliminar de los contratos.

Sobre este aspecto, los derechos de protección a los consumidores y usuarios en el sector de los seguros y los mecanismos administrativos de control, supervisión y resolución de reclamaciones están recogidos, tal y como acabamos de manifestar, en: la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, Ley 7/1998, de Condiciones Generales de la Contratación, Por la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro (LCS), Real Decreto Legislativo 1/2007, texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

Pero, como ya se ha manifestado expresamente desde la Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros (ADICAE), principios como el de la libertad de empresa y los de igualdad y de protección a los consumidores en ocasiones se muestran incompatibles entre sí.

RESUMEN CONCLUSIONES

La normativa referente a condiciones generales de la contratación no ha supuesto grandes novedades con respecto a lo ya establecido en el Código Civil y en la jurisprudencia del Tribunal Supremo. En la práctica siguen existiendo abusos en los clausulados.

Aunque la legislación vigente se muestre ineficaz no debemos olvidar que las posibilidades que ofrece no se aprovechan en su totalidad.

El Gobierno debería imponer como obligatoria la inscripción en el Registro de Cláusulas Generales de las condiciones generales de las pólizas de seguros. Tal inscripción estaría controlada por un Registrado de la Propiedad y Mercantil que velaría por la validez de las mismas.

Todos los legitimados por la Ley para ejercitar acciones colectivas deberían concienciarse de la necesidad de su colaboración y la Fiscalía General del Estado debería dar las órdenes oportunas para que los miembros del ministerio público se impliquen más en la defensa de los consumidores.

ANEXO VI

ARBITRAJE DE CONSUMO: ALTERNATIVA AL SISTEMA ACTUAL DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

EL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO

El artículo 51 de la Constitución Española y el artículo 57 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias encomendaron al Gobierno el establecimiento de un sistema arbitral que, sin formalidades especiales, atendiera y resolviera con carácter vinculante y ejecutivo para ambas partes las quejas o reclamaciones de los consumidores o usuarios, siempre que no concurriera intoxicación, lesión o muerte, y no existieran indicios racionales de delito.

Del estudio de estos preceptos se puede señalar que el mandato al Gobierno establecía, o establece, que ese sistema arbitral debía reunir al menos las siguientes características:

- que se trate de un sistema de participación social habida cuenta de la prevista participación de agentes sociales en funciones de impartición de justicia.
- que se trate de un sistema voluntario, una nota que hará que el arbitraje se incardine en la esfera del Derecho Privado y no del Administrativo.
- que se trate de un sistema accesible para el ciudadano, al no requerirse formalidades especiales.
- que se trate de un sistema alternativo a la vía judicial.

A partir de 1986 el Gobierno del Estado impulsó una experiencia piloto en colaboración con las distintas Administraciones Públicas, constituyéndose las Juntas Arbitrales de diferente ámbito territorial mediante convenidos suscritos con el Instituto Nacional de Consumo. Estas experiencias previas se apoyaban en lo establecido en el artículo 31 de la Ley 26/1984 de 19 de julio para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y en un Reglamento provisional de funcionamiento creado por el propio Instituto Nacional de Consumo, y continuó así hasta la promulgación de la Ley 36/1988 de Arbitraje.

Toda vez que esta Ley no establecía un plazo para el desenvolvimiento reglamentario del artículo 31 de la LGDCU, es probable que por este motivo se retrasase hasta el año 1993 la aprobación del Real Decreto 636 que regula el Sistema Arbitral de Consumo.

La Ley 44/2006, de 29 de diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios, prevé en su disposición final sexta que en el plazo de un año desde su entrada en vigor, el Gobierno, contando con el parecer de las Comunidades Autónomas a través de la Conferencia Sectorial de Consumo y con audiencia del Consejo de Consumidores y Usuarios, dictará una nueva regulación del Sistema Arbitral de Consumo, regulando también el arbitraje virtual.

Asimismo, la disposición final sexta establece que reglamentariamente se determinarán los supuestos en que podrá interponerse reclamación ante la Junta Arbitral Nacional frente a las resoluciones de las Juntas Arbitrales territoriales sobre la admisión o inadmisión de las solicitudes de arbitraje, y los supuestos en los que actuará un árbitro único en la administración del arbitraje de consumo.

Del mismo modo, tras la aprobación del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, estas previsiones y el régimen legal general del arbitraje de consumo se recogen en sus artículos 57 y 58.

Igualmente, era necesario adecuar la regulación del Sistema Arbitral de Consumo a la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje: “Esta Ley se conforma como la norma supletoria del Sis-

tema Arbitral de Consumo, tal y como dispone su Disposición Adicional Única. Esta Ley será de aplicación supletoria al arbitraje a que se refiere la Ley 26/1984, de 19 de julio, general de defensa de consumidores y usuarios, que en sus normas de desarrollo podrá establecer la decisión en equidad, salvo que las partes opten expresamente por el arbitraje en derecho".

Esta especial referencia que dicha Ley hace del Arbitraje de Consumo se debe a que el legislador fue consciente de las especiales características del Sistema Arbitral de consumo, que como ya se ha puesto de manifiesto, debe desenvolverse sin formalidades especiales. Así, esta norma lo que pretende es mantener el principio general de la equidad en este tipo de arbitrajes, frente a la regla general establecida en el artículo 34 de la Ley: "Los árbitros sólo decidirán en equidad si las partes les han autorizado expresamente para ello". Sin embargo, este reconocimiento que hace la Ley 60/2003 plantea dos cuestiones de fondo que han sido criticadas por los expertos:

- sigue sin resolverse la falta de acomodo del Arbitraje de Consumo como un verdadero Arbitraje Institucional, pese a que durante veinte años de funcionamiento del sistema, ha quedado acreditada su categoría jurídica de verdadero arbitraje.
- la omisión de cualquier referencia al carácter gratuito del sistema, una omisión que ya despertó temores entre los profesionales y consumidores ya que sin no es gratuito desaparecería uno de sus valores primordiales.

En este marco jurídico, se aprueba el Real Decreto 231/2008, de 15 de febrero, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo. Este reglamento mantiene las características esenciales del arbitraje de consumo, introduciendo las modificaciones necesarias para incrementar la seguridad jurídica de las partes y la homogeneidad del sistema, como presupuestos necesarios para reforzar la confianza en él de empresas o profesionales y consumidores o usuarios, asegurando el recurso a este sistema extrajudicial de resolución de conflictos que, como tal, es de carácter voluntario.

Adicionalmente, en orden al funcionamiento integrado del Sistema Arbitral de Consumo y para garantizar la seguridad jurídica de las partes, se establecen mecanismos que favorecen la previsibilidad del sistema. Para ello se crean dos instituciones fundamentales, la Comisión de las Juntas Arbitrales de Consumo y el Consejo General del Sistema Arbitral de Consumo.

A la primera, integrada por tres presidentes de Juntas Arbitrales de Consumo, se le encomienda la resolución de los recursos frente a la admisión o inadmisión de solicitudes de arbitraje con causa en la materia objeto de arbitraje, la emisión de informes técnicos, dictámenes o recomendaciones que faciliten la labor de los órganos arbitrales y eviten pronunciamientos contradictorios y la emisión de informe preceptivo en la admisión de las ofertas públicas de adhesión limitada al Sistema Arbitral de Consumo. Este informe preceptivo es, además, vinculante cuando su pronunciamiento sea contrario a la admisibilidad de la oferta.

Los miembros de la Comisión de las Juntas Arbitrales actuarán asistidos por dos árbitros en representación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las organizaciones empresariales o profesionales.

Con la doble finalidad de garantizar la transparencia en el funcionamiento del sistema y reforzar la seguridad jurídica de las partes, se introduce expresamente la publicidad de las resoluciones de la Comisión de las Juntas Arbitrales de Consumo y del resto de las informaciones relevantes sobre el Sistema Arbitral de Consumo.

Este Sistema consiste en un procedimiento extrajudicial voluntario, en el que se encomienda a un Colegio Arbitral la resolución de una controversia, y tiene la misma eficacia que una Sentencia

judicial.

Hasta entonces la única vía a la que cabía acudir era la judicial, pero sus inconvenientes desanimaban a la mayoría de los consumidores, y el conflicto quedaba sin resolver. No hay que olvidar que en los conflictos de consumo concurren una serie de connotaciones especialísimas; desequilibrio entre las partes y contratos de pequeña cuantía.

De nada sirve proporcionar a los consumidores una sólida posición, reconociéndoles derechos y acciones, si luego no disponen de cauces adecuados para hacerlos valer.

Por otra parte, cabe en este punto hacer referencia a la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional. Este Tribunal señala que el establecimiento de un sistema general de arbitraje es competencia exclusiva del Estado (STC 15/1989, de 26 de enero). Asimismo, en la STC 62/1991, de 22 de marzo, establece el Arbitraje de Consumo como un equivalente jurisdiccional; por tanto, la creación de órganos arbitrales es propia de la legislación Procesal Civil, y, en consecuencia, de competencia estatal. Además, según el TC, la función de los árbitros se configura como el ejercicio de una potestad de iuris dictio (Auto TC 326/1993, de 28 de octubre; STCS 62/1991 y 288/1994; Auto TC 231/1994, de 18 de julio). Y, por último, un verdadero arbitraje es siempre voluntario.

Por otra parte, atendiendo a la legislación autonómica, es preciso indicar que la práctica totalidad de las normas autonómicas contemplan el Arbitraje de Consumo como un mecanismo idóneo de resolución de controversias. Asimismo, dichas normas establecen la conveniencia e incluso la obligación para las Administraciones Públicas de fomentar este Sistema.

Por último, en cuanto a la Política Comunitaria Europea y el Sistema Arbitral de Consumo, es preciso hacer referencia a la Red HELP de resolución de conflictos transfronterizos, Red en la que están integradas las Juntas Arbitrales de nuestro país.

Por otra parte, la política de la UE en materia de acceso de los consumidores a la Justicia ha sido una constante en el trabajo de la Comisión Europea, girando en torno al Libro Verde sobre el Acceso de los Consumidores a la Justicia e Solución de Conflictos en materia de consumo en el Mercado Único, aprobado por la Comisión Europea en 1993.

Otras actuaciones de los órganos de la UE son:

- el Plano de Acción sobre el acceso de los consumidores a la Justicia y la Solución de Litigios en materia de consumo en el mercado interior de 14 de febrero de 1996.
- la recomendación de 30 de marzo de 1998, por la que se establecen los criterios para la implantación de procedimientos aplicables a los litigios en materia de consumo: independencia, transparencia en el procedimiento, contradicción, eficacia, legalidad y libertad.

Naturaleza del Sistema Arbitral de Consumo

Un factor que desde siempre ha planteado controversia en la determinación de la Naturaleza Jurídica del Arbitraje de Consumo es el papel activo que desempeña la Administración, constituyendo y sosteniendo a los Órganos Arbitrales, fomentando el sistema, y haciéndolo viable a través de las Juntas Arbitrales de Consumo.

Hoy en día, la Doctrina califica este tipo de Arbitrajes como un arbitraje de administrado o administrativizado y no administrativo. El carácter privado y supletorio de la Ley 60/2003 respecto al Real Decreto 231/2008 que regula el Sistema Arbitral de Consumo, sumado al hecho de que los

laudos no son actos administrativos (ya que no se impugnan en vía contenciosa sino en la civil) confirman la naturaleza no administrativa del Sistema Arbitral de Consumo.

Características del Sistema Arbitral de Consumo

Las características de este Sistema son:

- RAPIDEZ, porque se tramita en un corto espacio de tiempo. Máximo 4 meses desde que es designado el Colegio Arbitral.
- EFICACIA, porque se resuelve mediante un laudo sin necesidad de tener que recurrir a la vía judicial ordinaria, y no existe límite máximo o mínimo de la cuantía reclamada.
- VOLUNTARIEDAD, porque ambas partes se someten libremente al Sistema para quedar vinculadas a las resoluciones.
- EJECUTIVIDAD, porque los laudos -resoluciones arbitrales- son de ejecución obligada, como si se tratara de una sentencia judicial.
- ECONOMÍA, porque es gratuito para las partes, que deben costear sólo en determinados supuestos, la práctica de peritajes.

En definitiva, el Sistema Arbitral de Consumo permite a las dos partes resolver las controversias sin gastos y sin necesidad de recurrir a los Tribunales de Justicia

Aspectos importantes del Sistema Arbitral de Consumo

a).- Objeto: atender y resolver con carácter vinculante y ejecutivo las quejas o reclamaciones de los consumidores y usuarios, en relación con sus derechos legalmente reconocidos. Es decir, las controversias surgidas entre empresarios y consumidores con ocasión de un acto de consumo.

En todo caso, nunca podrán ser objeto de arbitraje las controversias que versen sobre:

- las cuestiones sobre las que exista resolución judicial firme y definitiva.
- aquéllas en que las partes no tengan poder de disposición.
- tampoco será posible el Arbitraje de Consumo en las cuestiones en las que según la legislación vigente deba intervenir el Ministerio Fiscal.
- cuando concurra intoxicación, lesión, muerte o existan indicios racionales de delito.

b).- Juntas Arbítrales. En el aspecto organizativo, el sistema arbitral de consumo se lleva a la practica a través de las Juntas Arbitral de Consumo que, como instituciones territoriales (nacional, de Comunidad Autónoma, Provincial, de mancomunidad de municipios o municipal) se crean mediante acuerdos entre la Administración del Estado a través del Instituto nacional de Consumo) y las correspondientes (a nivel territorial) Administración Publica. Existen, pues, diferentes Juntas Arbítrales y pueden superponerse en el desempeña de sus funciones, a pesar de sus ámbitos territoriales, pues en los acuerdos de constitución de cada una de ellas se fija con precisión su ámbito de funcionamiento y territorialidad, dando preferencia a la del domicilio del consumidor y a la de inferior ámbito territorial, consagrándose también la libertad de elección de Junta por las partes.

Artículo 7. Composición de las Juntas Arbitrales de Consumo.

1. Las Juntas Arbitrales de Consumo estarán integradas por su presidente y el secretario, cargos que deberán recaer en personal al servicio de las Administraciones públicas, y por el personal de apoyo adscrito a dicho órgano.

El presidente y el secretario de la Junta Arbitral de Consumo serán designados por la Admi-

nistración de la que dependa la Junta, publicándose su nombramiento en el diario oficial que corresponda al ámbito territorial de la Junta Arbitral de Consumo.

2. Salvo lo dispuesto en el artículo 36, las resoluciones de los presidentes de las Juntas Arbitrales de Consumo podrán fin a la vía administrativa.

3. El secretario de la Junta Arbitral de Consumo garantizará el funcionamiento administrativo de la Junta, siendo responsable de las notificaciones de los actos de la Junta, que se efectuarán conforme a lo dispuesto en los artículos 58 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Cuando se creen delegaciones territoriales o sectoriales de la Junta Arbitral de Consumo, se podrán designar presidentes y secretarios de la delegación territorial o sectorial.

Lo previsto en el párrafo anterior, se entenderá sin perjuicio de la capacidad del presidente de la Junta Arbitral de Consumo para designar órganos arbitrales que conozcan de los conflictos en los ámbitos territoriales en los que no exista Junta Arbitral territorial o delegaciones de la Junta Arbitral de Consumo.

Artículo 8. Competencias para conocer de las solicitudes individuales de arbitraje.

1. Será competente para conocer de las solicitudes individuales de arbitraje de los consumidores o usuarios, la Junta Arbitral de Consumo a la que ambas partes, de común acuerdo, sometan la resolución del conflicto.

2. En defecto de acuerdo de las partes, será competente la Junta Arbitral territorial en la que tenga su domicilio el consumidor, salvo lo previsto en el apartado siguiente.
Si conforme a este criterio existieran varias Juntas Arbitrales territoriales competentes, conocerá el asunto la de inferior ámbito territorial.

3. Cuando exista una limitación territorial en la oferta pública de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo, será competente la Junta Arbitral de Consumo a la que se haya adherido la empresa o profesional, y si éstas fueran varias, aquélla por la que opté el consumidor.

Los miembros del Colegio Arbitral deberán, si las partes optan por el Arbitraje de Derecho, ser abogados en ejercicio, salvo el Presidente que, como hemos dicho, deberá ser licenciado en derecho en todos los supuestos.

c).- Convenio arbitral y procedimiento arbitral. El primer paso lo ha de dar el consumidor, presentando su solicitud de arbitraje, personalmente o a través de una asociación de consumidores y usuarios ante la Junta Arbitral que corresponda, Recibida la solicitud y aceptada por la Junta Arbitral de Consumo, esta lo notificará al reclamado que, en el plazo de 14 días, deberá aceptarla o rechazarla para la formalización del convenio arbitral. Ahora bien, si el reclamado hubiera realizado una oferta publica de sometimiento al sistema arbitral de consumo, el convenio queda formalizado automáticamente, con la presentación de la solicitud de arbitraje por el reclamante, siempre que la solicitud que la solicitud coincida con el ámbito de dicha oferta. Si no llega a formalizarse el arbitraje, bien por no estar adherido el reclamado o no contestar en el plazo establecido, se ordena el archivo de las actuaciones, quedando expedita la vía judicial.

Formalizado el convenio arbitral se constituirá el Colegio Arbitral, empezando en este momento el procedimiento que se sujetará a los principios de audiencia, contradicción e igualdad entre las partes y gratuidad. Una vez constituido el Colegio Arbitral, en el plazo máximo de tres meses se da audiencia a las partes, audiencia que podrá realizarse verbalmente o por escrito. Durante el trámite de audiencia el colegio arbitral intentará la conciliación entre las partes, de forma que si se lograse, se recogerá en el laudo.

El Colegio Arbitral podrá acordar la práctica de las pruebas pertinentes, siempre que sus gastos sean costeados por la Administración de la que depende la Junta en las acordadas de oficio; por quienes las proponga, en las plantadas a instancia de parte; y las comunes por mitad, salvo que se apreciase mala fe o temeridad en el laudo. Una vez practicadas las pruebas, los árbitros podrán, en su caso, acordar la convocatoria de las partes para oírlas nuevamente. Si bien la inactividad de las partes en el procedimiento arbitral de consumo no impedirá que se dicte laudo, ni le privará de eficacia.

Artículo 24. Convenio Arbitral.

1. El convenio arbitral, que podrá adoptar la forma de cláusula incorporada a un contrato o de acuerdo independiente de las partes, deberá expresar la voluntad de las partes de resolver a través del Sistema Arbitral de Consumo las controversias que puedan surgir o hayan surgido en una relación jurídica de consumo.

El convenio arbitral deberá constar por escrito, en un documento firmado por las partes o en intercambio de cartas, telegramas, telex, fax u otros medios de comunicación electrónica que permitan tener constancia del acuerdo, considerándose cumplido este requisito cuando el convenio arbitral conste y sea accesible para su ulterior consulta en soporte electrónico, óptico o de otro tipo.

2. Cuando exista oferta pública de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo, el convenio arbitral estará válidamente formalizado por la mera presentación de la solicitud, siempre que coincida con el ámbito de la oferta.

3. Igualmente, se entenderá válidamente formalizado el convenio arbitral por la mera presentación de la solicitud si consta acreditado que ésta se formaliza durante el tiempo en el que la empresa o profesional utiliza el distintivo público de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo, aún cuando carezca del derecho a tal uso conforme a lo previsto en esta norma.

4. En caso de que no conste la existencia de convenio arbitral en cualquiera de las formas señaladas en los apartados precedentes, la Junta Arbitral de Consumo, recibida una solicitud de arbitraje dará traslado al reclamado para su aceptación, conforme a lo previsto en el artículo 37.3, apartado b.

d).- Laudo arbitral.- El laudo y todas las resoluciones del Colegio Arbitral se deciden por mayoría de votos, dirimiéndose los empates el Presidente. Se dicta en un plazo de cuatro meses máximo desde la designación del Colegio Arbitral. Plazo que puede ser prorrogado por acuerdo expreso de las partes, notificándolo al Colegio Arbitral antes de la expiración del plazo inicial. El laudo se dictará por escrito, expresando los extremos enumerados en el reglamento, a saber: puntos controvertidos, composición del colegio, partes, alegaciones, prueba practicada, plazo para cumplir lo acordado, así como el voto de la mayoría y el voto disidente, si lo hubiere. Por lo que se refiere al tipo de decisión de la cuestión litigiosa, con sujeción a derecho o a equidad, el R.D. de 1.993 no se pronuncia, y ello obliga a acudir a lo dispuesto en el Art. 4.2 de la Ley de Arbitraje, a cuyo tenor, "en el caso de que las partes no hayan optado expresamente por el Arbitraje de derecho, los árbitros resolverán en equidad". En el arbitraje de consumo, por regla general, los árbitros resolverán en equidad. De elegir las partes arbitraje de derecho, el laudo será motivado.

Contra el laudo cabe el recurso de anulación, que deberá ser presentado ante la Audiencia Provincial en el plazo de los diez días siguientes a la notificación. Transcurrido el plazo señalado en el laudo sin que este haya sido cumplido, podrá obtenerse su ejecución forzosa ante el Juez de Primera Instancia del lugar donde se haya dictado.

Artículo 48. Terminación de las actuaciones y laudo.

1. La forma y el contenido del laudo que, en todo caso, será motivado, se regirá por lo dispuesto en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

2. Si durante las actuaciones arbitrales las partes llegan a un acuerdo que ponga fin, total o parcialmente, al conflicto, el órgano arbitral dará por terminadas las actuaciones con respecto a los puntos acordados, incorporando el acuerdo adoptado al laudo, salvo que aprecie motivos para oponerse.

3. El órgano arbitral también dará por terminadas sus actuaciones y dictará laudo poniendo fin al procedimiento arbitral, sin entrar en el fondo del asunto:
Cuando el reclamante no concrete la pretensión o no aporte los elementos indispensables para el conocimiento del conflicto.

Cuando las partes acuerden dar por terminadas las actuaciones, o cuando el órgano arbitral compruebe que la prosecución de las actuaciones resulta imposible.

En este laudo se hará constar si queda expedita la vía judicial.

Artículo 49. Plazo para dictar el laudo.

1. El plazo para dictar un laudo será de seis meses desde el día siguiente al inicio del procedimiento arbitral, pudiendo ser prorrogado por el órgano arbitral mediante decisión motivada, salvo acuerdo en contrario de las partes, por un período no superior a dos meses.

El plazo para dictar laudo se suspenderá, además de por las causas y en los plazos previstos en el artículo 22, para el intento de mediación previa prevista en el artículo 38, por un periodo no superior a un mes desde el acuerdo de iniciación del procedimiento arbitral.

2. Si las partes lograran un acuerdo conciliatorio sobre todos los aspectos del conflicto, una vez iniciadas las actuaciones arbitrales, el plazo para dictar el laudo conciliatorio será de quince días desde la adopción del acuerdo.

Artículo 50. Notificación de las actuaciones arbitrales y del laudo.

La notificación de las actuaciones arbitrales, incluido el laudo, se realizará, a falta de acuerdo de las partes conforme a la práctica de la Junta Arbitral de Consumo, según lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Modalidades de Arbitraje

LOS USUARIOS Y EL ARBITRAJE DE CONSUMO EN LOS SEGUROS

Las reclamaciones de consumo en el sector seguros, en la actualidad son las planteadas por el tomador del seguro frente a su aseguradora por incumplimiento de las condiciones o cláusulas del contrato, o por diferencias en la interpretación de las mismas.

Sin que quepa la menor duda, la mejor alternativa como sistema de solución extrajudicial de conflictos ha sido, desde siempre y por muchos motivos el Sistema Arbitral de Consumo, entre otras cosas porque es el único medio de resolución extrajudicial de conflictos que responde con garantías a los principios de independencia, transparencia, contradicción, eficacia, legalidad, libertad y representación, que la Unión Europea recomienda para todo órgano existente o que pueda crearse. Así lo entiende incluso la propia Comisión Europea, que en repetidas ocasiones se ha manifestado expresamente a favor de este Sistema como el mejor y más efectivo medio para la solución extrajudicial de conflictos, aunque desgraciadamente sin la rotundidad suficiente.

El Sistema Arbitral tiene grandes beneficios, pues salvo excepciones, cuenta con una gran rapidez y eficacia, y sobre todo economía para ambas partes, ya que es gratuito (solo en determinados supuestos las partes deben costear puntuales prácticas de peritajes). Además, por otro lado, entendemos que el Sistema Arbitral de Consumo permitiría a las entidades aseguradoras ofrecer a su clientela una garantía de confianza y calidad que la mayor parte de los sistemas de resolución extrajudicial no ofrecen.

El sistema arbitral de consumo sería una solución alternativa que el usuario debería elegir a priori, no tendría sentido tramitar la misma reclamación por Defensor del Asegurado y Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y en el Sistema Arbitral de Consumo, siendo que este último es vinculante para las dos partes.

Sí cabría acudir primero frente al Defensor del Asegurado, y frente al Servicio de Reclamaciones de la D.G.S. y posteriormente al Arbitraje de Consumo, dado que los dos primeros no son vinculantes para el usuario.

En cualquier caso Defensor del asegurado y Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros continuarían siendo el único camino a seguir en aquellos casos en que las aseguradoras no se adhiriesen al arbitraje de consumo

La principal problemática del arbitraje surge desde una de sus principales características, cual es que la aceptación del sometimiento a este sistema es voluntaria para ambas partes. De este modo, únicamente los empresarios que lo desean llevan a cabo adhesiones (normalmente a través de ofertas públicas de sometimiento) al sistema arbitral por las que se someten a dicho Sistema respecto a futuros conflictos con los consumidores y usuarios y siempre que éste último lo desee. Estas adhesiones además pueden ser limitadas por materia, cuantía, etc. Así ha sucedido, que históricamente las entidades financieras y aseguradoras se han negado a adherirse totalmente al Sistema arbitral de consumo.

Por ejemplo, en España, en lo que respecta al sector asegurador, desde hace algún tiempo se ha adherido al sistema la patronal UNESPA, lo cual si bien debía haber supuesto un gran avance para los consumidores en la esfera correspondiente a su defensa, sin embargo, dada la citada voluntariedad del sistema para las aseguradoras y dado que aún deben adherirse cada una de ellas individualmente, la adhesión está resultando relativa. De hecho, en muchas ocasiones, sobre todo cuando se dilucidan cuestiones importantes, las aseguradoras adscritas a UNESPA individualmente no están aceptando la adhesión al arbitraje hecha por la patronal. En el caso de las aseguradoras la negativa a la adhesión es además en nuestra opinión en cierto modo contradictoria, porque mientras por un lado están oponiendo múltiples objeciones a la completa adhesión al sistema arbitral en los conflictos con el consumidor, por otro lado nos encontramos con que, en los conflictos que se suscitan entre ellas lo admiten sin el menor inconveniente. En este sentido, recordemos que la gran mayoría de las Compañías aseguradoras españolas se encuentran adscritas a diversos convenios (CIDE, ASCIDE,…) que las adhieren a un sistema arbitral propio de resolución de gran parte de los conflictos surgidos entre ellas. Por lo cual intuimos que no se adhieren no por objeciones a los sistemas arbitrales, sino entre otras razones, principalmente porque así se evitan muchas reclamaciones que de estar adheridos el consumidor no dudaría en instar, pero que saben que por la vía judicial, con sus elevados costes, lentitud y complicaciones, no lo van a hacer.

El acuerdo de adhesión se apoya en la base legal que proporciona el Art. 61 de la Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, para acudir a la L.G.D.C.U. y su sistema de resolución de conflictos, convirtiéndose por tanto en un sistema compatible con el actual, también previsto en la Ley 30/95, de Defensores del Asegurado y Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros.

En las adhesiones puntuales de las entidades aseguradoras, estas no tienen porqué someterse al compromiso general de UNESPA, sino que es cada una de ellas la que establece el ámbito de actuación del sistema arbitral, fijando el nivel de juntas arbitrales a las que se someten (nacional, autonómica, o local), para qué campos del seguro, y para qué cuantías se someten.

UNESPA, se compromete a participar en las Juntas Arbitrales de Consumo, designando a los representantes de los sectores empresariales en los Colegios Arbitrales que se constituyan.

El sistema arbitral de consumo, es reconocido por UNESPA, como un mecanismo de resolución de conflictos absolutamente objetivo, al reunir representantes de las asociaciones empresariales, de las organizaciones de consumidores, y de la Administración, considera la convivencia de la adhesión al Sistema Arbitral y las iniciativas de Defensores del Asegurado compatible y complementaria al objetivo de descargar de la Administración de Justicia las reclamaciones de los usuarios.

Toda esta perspectiva de falta de adhesión de las entidades aseguradoras, tiene una repercusión directa, y es que la escasez de tramitación de conflictos de este sector ha llevado a que actualmente la mayoría de las Juntas Arbitrales de Consumo carezcan de la preparación necesaria para resolver con garantía suficiente las reclamaciones que pudieran surgir en este ámbito.

En todo caso, lo cierto es que si llegara el momento en que las entidades desearan adherirse, creemos que sería imprescindible la creación de secciones especializadas en la resolución de tales conflictos. Este novedoso colegio arbitral podría estar compuesto por dos representantes de las entidades, dos de los consumidores y un jurista de reconocido prestigio que ejerciera el cargo de Presidente.

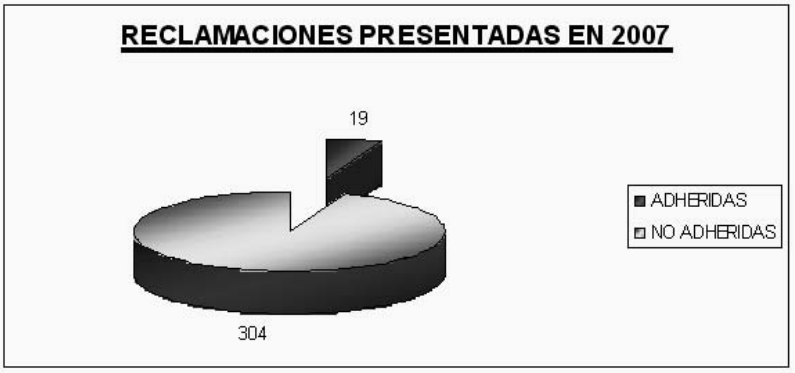
Los contratos con las entidades aseguradoras son complejos, y dan muchos quebraderos de cabeza a los consumidores. Ante cualquier problema, estos tienen a su alcance diversas vías para hacer efectivos sus derechos.

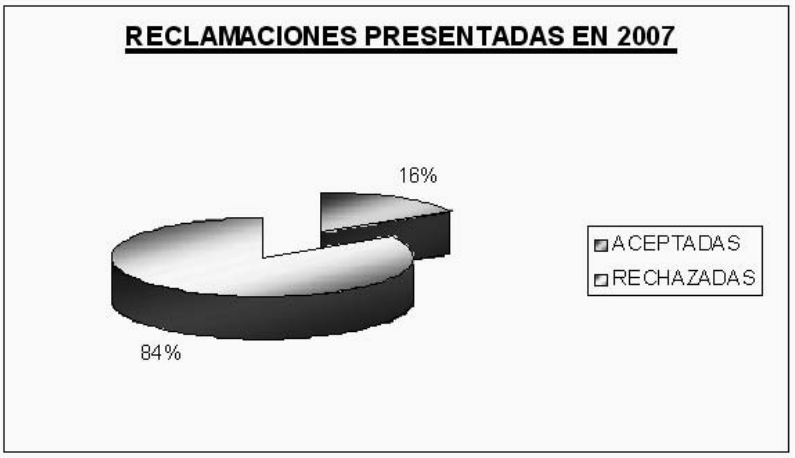
ANÁLISIS COMPARADO DEL SISTEMA DE ARBITRAJE DE CONSUMO EN EL SECTOR DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS

Dentro de estas vías está el Arbitraje de Consumo, que aún configurándose como el mejor método de defensa para los consumidores y usuarios en este tipo de controversias, tal y como vamos a ver a lo largo de este epígrafe, presenta serias deficiencias en cuanto a su posibilidad de aplicación, por cuanto el grueso de las entidades que conforman este sector no se hayan adheridas al mismo; siendo irrisorio el número de las que lo han hecho. Además, tal y como se desprende del siguiente cuadro , en muchos casos, la Oferta Pública de Adhesión está limitada por razón del sector (automóvil y hogar; no válida para seguros de vida; enfermedad y decesos…), o de la cuantía (150.000 euros; 6.010,12 euros; 1.500 euros…).

ENTIDAD	SECTOR	CUANTÍA MÁXIMA
SEGUROS GRALES. ARESA	No seguros de vida	BAJA
REGAL INSURANCE	Automóvil y Hogar	Baja 5.000.000
LA SUIZA CIA. DE SEGU-ROS Y REASEGUROS DIVERSOS, S.A.E.	Vehículos terrestres (no ferroviarios), Marítimos, lacustres y fluviales. Responsa-bilidad civil (vehículos terrestres, marítimos en general). Mercancías transportadas. Accidentes. Asistencia. Enfermedad. De-fensa Jurídica. Incendio y elementos natu-rales. Otros daños a los bienes y Pérdidas pecuniarias diversas.	5.000.000
UMES XXI	Seguros hogar y comunidades	500.000
	Vida	3.000.000
UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS	Enfermedad y Decesos	500.000
LIMITE, S.A. DE SEGUROS	Enfermedad y Decesos	5.000.000
MUTUASPORT	Seguro accidentes y responsabilidad civil cazador	1.000.000
SEGURO EUROPEO, S.A.	Asistencia sanitaria	150.000
BANCO VITALICIO DE ES-PAÑA, CIA. ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	Accidentes, Vehículos terrestres, Incendio y elementos naturales. Responsabilidad civil general. Pérdidas pecuniarias diversas y Vida individual * Arbitraje de derecho	BAJA a partir de Tres meses de junio 2008
MUSSAP MUTUALIDAD DE SEGUROS GENERALES A PRIMA FIJA	Automóviles, Combinado de hogar, Combi-nado de comercio y combinado de empresas	1.000.000
SANTANDER VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	Vida, excepto incapacidad * Arbitraje de derecho	1500 euros por limitación de la oferta 30-XI-2006
SOS SEGUROS Y REASE-GUROS		
SOCIEDAD DE SEGUROS SALUS, S.A. SOCIEDAD UNIPERSONAL	Asegurador * JJ.AA. C.A. de Madrid y Extremadura	6.010,12 euros

Otra opción, para los supuestos de falta de Oferta Pública de Adhesión, es el Convenio Arbitral, que tal y como recoge el Real Decreto 231/2008, de 15 de febrero, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo, que podrá adoptar la forma de cláusula incorporada a un contrato o de acuerdo independiente de las partes, en el que se exprese la voluntad de las partes de resolver a través del Sistema Arbitral de Consumo las controversias que puedan surgir o hayan surgido la relación jurídica. Sin embargo, tristemente, y a tenor de las estipulaciones contenidas en los contratos de seguros que han sido objeto de análisis, nada se dice sobre el sometimiento voluntario de las partes, esto es, entidad aseguradora y usuarios, a este tipo de sistema de resolución de controversias; quedando dicho sometimiento al arbitrio o voluntad de la mercantil, que, como se desprende de los datos obtenidos de las Memorias de 2007 del Sistema Arbitral de Consumo sólo en el 11,62% son aceptadas por dichas empresas; es decir, de las solicitudes presentadas en el sector de las Compañías de Seguros, el 83,75% fueron rechazadas por la propia empresa.





ARBITRAJE DE CONSUMO /VS/ OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El Arbitraje de consumo y los demás sistemas de protección del asegurado

	DEFENSOR DEL ASEGURADO	DIR. GENERAL DE SEGUROS	ARBITRAJE DE CONSUMO
Coste	Gratuito	Gratuito	Gratuito
Instancia creada por:	Propia empresa	Ministerio de Economía	Administración de consumo
Quién decide	Defensor: asesor independiente de la empresa	Órgano administrativo	Tres árbitros representando a la administración y a cada parte
Fuerza de la decisión	Vinculante para la empresa, no para el cliente	Vincula a la empresa pero sólo en lo que respecta al cumplimiento de los requisitos administrativos, no en el ámbito de la relación contractual	Vinculante para empresa y usuario
Plazo de resolución	2 a 3 meses	Hasta 6 meses	Máximo 4 meses
A favor	Falta de formalidades Rapidez	Autoridad de sus opiniones y criterios. Gratuidad Falta de formalidades Total independencia Puede remitir, de oficio, a los Defensores	Falta de formalidades. Decisión definitiva y vinculante a ambas partes. Procedimiento voluntario, lo que, en principio, revela buena disposición para el arreglo. Rapidez Imparcialidad
Observaciones	Limitación a los conflictos sobre los que puede decidir No totalmente independiente de las empresas	No puede imponer sus opiniones en lo que respecta a la interpretación y el cumplimineto de los contratos	Exige el sometimiento de la empresa

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En ADICAE, entendemos que tanto Asociaciones de Consumidores, como las propias administraciones han de luchar por procurar esa adhesión de las entidades aseguradoras al Sistema Arbitral, y creemos que la mejor forma para que lograr esa adhesión masiva de este tipo de entidades, es haciendo que se lleve a cabo de forma progresiva, iniciándose con una adhesión limitada en las cuantías y materias, que paulatinamente vaya aumentando en el número e importancia de las cuestiones a resolver. Así, por ejemplo, las entidades bancarias podían inicialmente limitar su adhesión a todas las cuestiones cuya cuantía económica no supere una determinada cantidad, y a partir de ahí ir aumentando (por ejemplo, establecer inicialmente la adhesión a todas aquellas reclamaciones cuya cuantía no supere los 1.000 euros). Una vez fueran entrando en ese nuevo sistema de arbitraje especializado y sobre todo, una vez que fueran participando activamente en él, creemos que el aumento gradual de la importancia y de las cuantías a dilucidar llegaría sólo, incluso, a iniciativa de las propias entidades.

Como complemento a esta medida sería también muy positivo para lograr el objetivo perseguido, la publicación de un "Código de Buenas Prácticas" que incluyera en tal sentido el sometimiento al arbitraje; así como también, y creemos que este podría ser el golpe definitivo que las impulsara a la adhesión, el establecimiento desde las administraciones de fuertes incentivos fiscales para las entidades financieras que se adhieran. Y sobre todo, como hemos dicho anteriormente, que la Comisión Europea, de una vez por todas se decante con rotundidad por el Sistema Arbitral como el medio más idóneo para la resolución extrajudicial de conflictos.

Finalmente, también creemos apropiado que el Sistema Arbitral de Consumo pase a ser bidireccional, es decir; que ante la existencia de una controversia empresa – consumidor, también las empresas puedan instarlo frente al consumidor y que luego éste decida si acepta someterse, siendo obvio que el propio consumidor preferirá aceptar esto, antes que verse demandado en vía judicial.

ANEXO VII

CONVENIOS ENTRE ASEGURADORAS

CONVENIOS DE INDEMNIZACIÓN DIRECTA SUSCRITOS ENTRE ENTIDADES ASEGURADORAS PARA LA TRAMITACIÓN DE SINIESTROS (CIDE/ASCIDE A TRAVÉS DEL SISTEMA CICOS)

OBJETIVO:
El objetivo de este trabajo es elaborar un informe de los convenios CICOS/CIDE/ASCIDE de indemnización directa entre compañías aseguradoras para la tramitación de siniestros. Para ello se ha requerido el análisis de los diferentes convenios.

También se ha demandado la localización de los problemas más comunes de los consumidores de este tipo de productos, un estudio jurídico del articulado y condiciones de estos convenios, sentencias judiciales que los pongan en evidencia, así como posibles consecuencias económicas para el asegurado.

METODOLOGÍA:
Para realizar este informe se ha recabado información en internet de los portales del INE, UNESPA, elmundo.es, Arpem.com, Sampedroytato.com, indemnizacionlegal.blogspot.com, y en las publicaciones BOE núm. 222, Informe Anual del Servicio de Reclamaciones 2007 de la Dirección General de Seguros. También se han realizado llamadas de teléfono a estos organismos, donde por regla general no han sabido contestar a las preguntas.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS INFORMES:

1.- ¿QUÉ SON CICOS, CIDE y ASCIDE?

CICOS (Centro de Informático de Compensación de Siniestros) no es un convenio, sino un sistema informático en el que se reunen todas las compañías aseguradoras suscritas al convenio CIDE (Convenio de Indemnización Directa Español), ampliado con el ASCIDE (Acuerdo Suplementario al Convenio de Indemnización Directa Español). Estos convenios nacieron, por vocación de las aseguradoras, en los años 80 y 90 con el afán de evitar retrasos en la tramitación de los siniestros. Con la misma filosofía que el sistema CICOS, en el año 2002 entró en marcha, con la participación de las compañías mas importantes, el sistema SDM (Siniestros de Daños Materiales). En este sistema entran aquellos siniestros en los que existen daños materiales que no está recogido en el sistema CICOS.

Las compañías de seguros se dieron cuenta que un retraso en la tramitación de un siniestro tenía consecuencias NEGATIVAS, porque:

- Incrementaba el gasto en personal, teléfono, escritos, etc, etc, por la tardanzas en solucionar un siniestro.
- Un asegurado INSATISFECHO, supone un cliente que al vencimiento del seguro, NO renovará la póliza.
- Y lo mas importante aún, un asegurado INSATISFECHO, ocasionará MUCHAS bajas mas, porque contará lo sucedido a sus amigos, y personas que conozca.

Por lo tanto, entre finales de los años '80, y primeros de los '90, se puso en marcha un sistema en el cual LA MAYORÍA de las compañías pueden solucionar la mayoría de los siniestros a través de los convenios que se denominan CIDE y ASCIDE.

Y decimos que "la mayoría" de las compañías porque a día de hoy NO TODAS están en este sistema. Son MUY POCAS, pero aún hay quién no está integrado.

El sistema CICOS (Centro de Informático de Compensación de Siniestros, http://www.tirea.es/Home/SistemaCICOS/DescripcionCICOS/tabid/305/Default.aspx) es un programa informático al que TODAS las compañías que pertenecen al sistema están conectados. Actualmente resuelve el 70% de todos los siniestros que se producen en España, casi 2.000.000 de siniestros al año. Es un método de compensación DIRECTA entre compañías, en el cual SE COMPROMETEN a atender siniestros que afecten SOLO a daños materiales a las cosas (p.e. el choque entre dos vehículos).

Este sistema proporciona agilidad porque:

■ Cuando se produce un siniestro, exista o no parte amistoso, exista o no concordancia de los hechos del accidente, CADA conductor comunica el siniestro a su compañía.

■ La compañía "inocente" comunica el siniestro al sistema CICOS.

■ La compañía "culpable" deberá aceptar el siniestro, o en caso de no decir nada, es como si lo aceptara. Si no lo acepta, deberá comunicarlo a la compañía "inocente", y SOLO podrá hacerlo en el caso de que el vehículo no esté asegurado con dicha compañía. Es decir, NO SE PUEDE NEGAR si el vehículo está asegurado. Todo ello, en el plazo de 72 horas.

■ Una vez aceptada la culpabilidad, CADA compañía arregla los daños de su asegurado. Es decir, si usted es inocente, SU PROPIA compañía será quién pague el siniestro, y no la contraria.

■ La compañía culpable pagará UN MÓDULO (una cantidad fija, con independencia de los daños en los vehículos). En el año 2008 es de 800 euros (p.e. en el 2003 el módulo era de 550 euros). Ejemplo: suponga un siniestro de un vehículo nuevo, cuya reparación asciende a 8.000 euros. En este caso, se pagará el mismo "módulo" que un siniestro cuya reparación ascienda a 50 euros. Una vez al mes, se "compensan" los módulos entre compañías. Es decir, si la compañía "A" debe 50 módulos a la compañía "B", y esta a su vez 76 módulos a la compañia "A", en realidad, se produce una sola transferencia de la "B" a la "A" de 24 módulos.

Se produce una reducción MUY SIGNIFICATIVA en el tiempo en el cual se tramita un siniestro. Su éxito se mide por el tiempo en el que se tarda en resolver siniestros. En el año 2000 el plazo medio era de 11 días, y en el año 2002 el plazo era de 9 días. Es decir, se está tendiendo a solucionar los siniestros en el plazo de una semana.

Según las Compañías Aseguradoras es bueno para éstas y para los usuarios. Pero desde la experiencia de ADICAE demuestra que el pago de siniestros por la propia compañía del asegurado se produce en el propio interés de la compañía con tasaciones muy a la baja de los daños sufridos o incluso se provoca la indefensión del cliente al no facilitar las vía judiciales a pesar de contar con la cobertura jurídica en su póliza. Cuando menos este tipo de conductas deben ser calificadas como un fraude en las expectativas del asegurado en su póliza y en el servicio de su propia aseguradora, llegando a sentirse indefenso y desamparado ante estas conductas.

¿QUÉ SINIESTROS ENTRAN EN EL SISTEMA "CICOS"?

El sistema CICOS se "asienta" en los convenios CIDE y ASCIDE.

■ CIDE: Convenio de Indemnización Directa Español. En dicho convenio entran todos aquellos siniestros en los que se produzcan por colisión directa entre DOS vehículos, cualquiera que sea la clase y uso de dichos vehículos. Es necesario que LOS DOS vehículos dispongan del seguro de Responsabilidad Civil Obligatoria y que se rellene correctamente y firme el parte de declaración amistosa.

■ ASCIDE: Acuerdo Suplementario al Convenio de Indemnización Directa Español. Como el convenio CIDE era muy "riguroso", había situaciones muy comunes que se "escapaban" a la realidad. De ahí que se firmara una ampliación a dicho sistema, en el cual entraban aquellos siniestros en los que no se hubiera rellenado y/o firmado el parte de declaración amistosa de accidente.

El resto de siniestros NO entran en el sistema CICOS. Ahora bien, aunque existan otro tipo de daños, ello no impide que, los que afecten a los vehículos, se resuelvan por CICOS.

¿TODOS LOS SINIESTROS ENTRAN EN EL SISTEMA "CICOS"?

NO. Por ejemplo, no entran en el sistema CICOS:

- Los daños físicos a las personas ya que se hace a través de un convenio aparte.
- Los siniestros entre vehículos de UNA MISMA compañía.
- La implicación de dos o mas vehículos en el mismo siniestro
- La inexistencia de colisión directa entre vehículos
- Daños producidos por la carga desprendida.
- Daños materiales ajenos al vehículo (p.e. maletas).

SISTEMA "SDM"

Con la misma filosofía que el sistema CICOS, en el año 2002 entró en marcha, con la participación de las compañías mas importantes, el sistema "Siniestros de Daños Materiales".

En este sistema entran aquellos siniestros en los que existen daños materiales que no está recogido en el sistema CICOS, como por ejemplo:

■ La implicación de dos o mas vehículos en el mismo siniestro. Ejemplo: suponga que hay un siniestro "en cadena", es decir, el típico accidente en una caravana, donde el último vehículo embiste al anterior, y este a su vez al anterior, y así sucesivamente.

■ La inexistencia de colisión directa entre vehículos. Ejemplo: suponga un accidente en el cual un vehículo se salta un semáforo, y el vehículo contrario, por no atropellarlo, da un volantazo y se empotra contra una tienda.

■ Daños producidos por la carga desprendida. Ejemplo: suponga que usted lleva una bicicleta en la baca, se desprende y causa un accidente en el vehículo que va detrás.

■ Daños materiales ajenos al vehículo (p.e. maletas). Ejemplo: suponga que tiene un accidente y, además de daños en el vehículo, le dañan un ordenador portátil que llevaba en el maletero.

2.- OTROS DATOS SOBRE LOS CONVENIOS CIDE/ASCIDE:

Estos convenios se realizan sólo entre aseguradoras de automóviles, como el propio nombre CIDE/ASCIDE indica (Convenio entre entidades aseguradoras de automóviles para la indemnización directa de daños materiales a vehículos: CIDE; Acuerdo Suplementario del Convenio de Indemnización Directa Español: ASCIDE).

El ámbito teritorial en el que se aplican es el Estado Español y Andorra, así como los países integrados en el Sistema de Certificado Internacional de Seguro, siempre que los vehículo intervinientes tengan contratado el seguro con pólizas españolas en las entidades adheridas al presente convenio. El Manual de Criterios de las Comisiones CIDE/ASCIDE dice: Ámbito de aplicación: Los Convenios CIDE/ASCIDE son de aplicación a los accidentes de circulación ocurridos en cualquier país del Espacio Económico Europeo o en países adheridos al Sistema de Certificado Internacional de Seguro en la fecha del accidente, siempre que los vehículos estén matriculados en España y dispongan de Seguro de Responsabilidad Civil en la Circulación de Vehículos a Motor con una entidad adherida al Convenio, así como a los vehículos que tengan su estacionamiento habitual en España en los términos del Art. 2 de la LRCSCVM.

Según ha informado la DGS, también sin indicar en qué documentos podemos encontrar esta información, "casi todas las aseguradoras ya están adscitas a este sistema", siendo muy pocas las que todavía no lo están.

Con la constitución de este convenio se ha creado una Comisión de Vigilancia y Arbitraje a la que se somenten las aseguradoras que forman parte de él para solucionar sus litigios. Es curioso que, si bien la mayoría de las veces rechazan el sistema de arbitraje para solucionar problemas con los consumidores, acaten las decisiones de la Comisión, que son inapelables y vinculantes (doc. CIDE). Sobre esto el Manual de Criterios de las Comisiones CIDE/ASCIDE dice: Corresponde a la Comisión, de forma exclusiva, la interpretación del articulado de los Convenios.

En los casos que se resuelvan por la Comisión, en que el mensaje de Comisión sea anterior a la fecha de caducidad y la resolución de la Comisión se produzca una vez caducado el expediente, la entidad que resulte Acreedora dispone de un plazo máximo de 45 días naturales para solicitar el Módulo.

Cuando desde la fecha de resolución por parte de la Comisión hasta la fecha de caducidad falten menos de 45 días naturales, la Entidad que resulte Acreedora dispone de 45 días para solicitar el Módulo, desde la fecha de resolución, aún cuando la solicitud del Módulo se produzca una vez caducado el expediente.

Para las consultas sobre siniestros en que todo el intercambio de documentación se haya hecho a través del S.D.D., la Comisión resolverá de oficio sin necesidad de que las entidades intervinientes envíen documentación alguna, en los siguientes supuestos:

- Cuando ambas Entidades hayan emitido el mensaje de solicitud de traslado a la C.V.A.

- Cuando una sola de las dos Entidades haya emitido el mensaje de solicitud de traslado a la C.V.A., y el expediente pase a Comisión por caducidad del mensaje anterior.

En el supuesto de que ninguna de las dos entidades envíe el mensaje de solicitud de traslado a la C.V.A., y el expediente pase a Comisión por caducidad del mensaje anterior, la Entidad que quiera

que la Comisión intervenga, tendrá que enviar carátula únicamente con los datos del siniestro sin aportar ninguna documentación, dentro de los 30 días siguientes. En este supuesto, si transcurridos 30 días desde que el expediente pase a Comisión por caducidad sin que ninguna de las dos Entidades haya enviado carátula, la Comisión dará de baja el diálogo.

La Comisión resolverá con las imágenes legibles que disponga, si alguna imagen no es legible no la tendrá en consideración, siendo responsabilidad de cada Entidad el envío legible de sus imágenes.

Por tanto, toda comunicación entre Entidades, para que sea tenida en cuenta por la Comisión, debe intercambiarse a través del S.D.D. Cuando el diálogo está en Comisión no puede enviarse documentación adicional a través del S.D.D.

Es responsabilidad de cada Entidad que el contenido de la versión y documentación enviada, sea fiel reflejo de lo manifestado por su asegurado.

La Agrupación Nacional de Automóviles UNESPA queda como encargada de difundir entre las aseguradoras información sobre los casos que les sean planteados y que resuelva la Comisión (doc. CIDE. En el mismo documento habla de la posibilidad de constituir subdelegaciones territoriales para la resolución de siniestros).

3.- MANUAL DE CRITERIOS DE LAS COMISIONES CIDE/ASCIDE

3.1- ALGUNOS ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

Serán de aplicación los Convenios sólo para los daños materiales propios de los vehículos, aún cuando en el accidente se produzcan a la vez otros daños.

Se considerarán daños distintos a los propios del vehículo los corporales, la paralización del vehículo, objetos en la calzada, inmuebles, rótulos, señales de tráfico, farolas, fuentes, objetos transportados, carga desprendida, instrumental propio de uso profesional no fijado/instalado al vehículo (ambulancias, coche-taller, bomberos, policía, etc.), etc.

Estos daños deben atenderse al margen de los Convenios.

La ITV que pasan algunos vehículos después de una reparación como consecuencia de un accidente se considera daño distinto a los propios del vehículo, y por tanto, al margen de los Convenios.Igualmente no serán considerados dentro del Convenio los gastos consecuentes del pupilaje, la baja o transmisión del vehículo.

3.2- DECLARACIÓN ACCIDENTE (ASCIDE)

A efectos de aplicación del ASCIDE, se considera válida cualquier declaración que permita identificar completamente el accidente y sus circunstancias.

Es responsabilidad de cada Entidad que el contenido de la versión y documentación enviada, sea fiel reflejo de lo manifestado por su asegurado.

Para el intercambio de información entre Compañías, se considera también válida la aportación de soporte informático.

Para considerar que una declaración de accidente, tanto informatizada cómo manuscrita, identifica completamente el accidente, ha de contener como mínimo los siguientes datos:

- Fecha de accidente.
- Lugar de accidente.
- Nombre y apellidos del asegurado o del conductor o del propietario.
- Marca y modelo del vehículo asegurado.
- Número de matrícula del vehículo asegurado.
- Entidad aseguradora propia.
- Entidad aseguradora contraria.
- Daños del vehículo asegurado (descripción o ninguno).
- Matrícula del vehículo contrario.
- Marca y/o modelo del vehículo contrario.

Para los vehículos de 1a Categoría, será de obligado cumplimiento marca y modelo si se tienen ambos datos, o sólo marca o sólo modelo cuando únicamente se disponga de uno de estos datos.

Para los vehículos de 2a y 3a Categoría, si no se dispone de la marca y/o modelo, será suficiente con indicar en el apartado de marca y modelo la descripción del tipo de vehículo (Camión, autobús, autocar, ciclomotor, microcar, motocicleta, tractor, etc.).

A efectos de aplicación del artículo 16 del Manual de Criterios se considera válida la identificación como furgoneta o todoterreno por parte de la Acreedora, salvo que la Deudora acredite que no lo son (print de pantalla). A estos efectos se considera a estos vehículos como 2a categoría.

Además, son aconsejables facilitar, siempre que se tengan, los siguientes datos:

- Hora del accidente.
- Nombre y apellidos del contrario.
- Color del vehículo contrario.
- Número de póliza contraria.
- Daños del vehículo contrario.
- Lugar de accidente (calle, carretera, plaza, cruce, etc., no se considera válido sólo la provincia).

FORMATO

La declaración de accidente informatizada o manuscrita debe contemplar todos los apartados que figuran en el modelo de la declaración de accidente informatizada (orientativo en cuanto a formato/diseño y obligatorio en cuanto a apartados contenidos) que consta al final de este artículo del Manual de Criterios. En los casos de “sin antecedentes”, cualquier declaración de accidente informatizada cuyo formato no contemple todos esos apartados, no será válida y dará derecho a la presunta Deudora a rehusar la reclamación en aplicación del artículo 16 de este Manual de Criterios, obligándose a dar de baja el diálogo y reiniciar con un formato que contenga todos los apartados. Cuando se trate de “disparidad de versiones”, la entidad que envíe la declaración de accidente informatizada y ésta no contemple en su formato los apartados obligatorios citados, pasará a ser Deudora.

DATOS:

1. Sin antecedentes

Cuando la Deudora manifieste que no tiene antecedentes, si la declaración de accidente de la Acreedora no contiene alguno de los datos obligatorios indicados anteriormente, dicha declaración no será válida y dará derecho a la presunta Deudora a rehusar la reclamación en aplicación del artículo 16 de este Manual de Criterios, obligándose a dar de baja el diálogo y reiniciar con los datos obligatorios.

Cuando la entidad Acreedora reclama y la entidad Deudora tiene asegurada la matrícula, pero no coincide la marca/modelo, se podrá rehusar en aplicación del art. 16, salvo que la Acreedora aporte, en la declaración de accidente inicial, otros datos que identifiquen al contrario (nombre y apellidos, pólizas, etc.) no procediendo entonces el rehuse en aplicación del art. 16.

Cuando la primera reclamación se rehusó en aplicación del art. 16 por no coincidir la marca/modelo y no estar apoyada por otros datos que identifiquen al contrario, la siguiente reclamación de la Acreedora debe aportar el atestado o la declaración de accidente firmada por el causante del siniestro, asumiendo la culpabilidad del mismo para que sea válida.

2. Disparidad de versiones

Para que la declaración de accidente de la entidad Deudora en el diálogo sea válida, deberá contener además de lo indicado en el formato, como mínimo dos de los siguientes apartados cumplimentados:

- Lugar de accidente (calle, carretera, plaza, cruce, etc., no se considera válido sólo la provincia).
- Asegurado o propietario o tomador del vehículo contrario.
- No de póliza o de recibo de la entidad contraria.
- Marca y/o modelo del vehículo contrario.

Si la declaración de accidente de la entidad Deudora no contiene dos de esos apartados, pasará automáticamente a consolidarse como entidad Deudora en aplicación del Convenio.

Si alguna de las Entidades omite o no identifica correctamente alguno de esos datos, deberá aceptar como válidos esos mismos datos facilitados por la otra Entidad.

VERSIONES:

1. Sin antecedentes

Las versiones que no describen lo ocurrido, tipo “el contrario colisiona al asegurado”, no serán consideradas válidas, y darán derecho a la presunta Deudora a rehusar la reclamación en aplicación del artículo 16 de este Manual de Criterios, obligándose a dar de baja el diálogo y reiniciar con versión descriptiva.

Cuando una entidad indica “sin antecedentes”, recibe la declaración de accidente de la presunta Acreedora y considera que la declaración es deficiente, ya sea por ilegible, incompleta o incorrecta, además del mensaje 612, debe enviar documentación adicional concretando el motivo de su disconformidad. El Centro Compensador a la caducidad del mensaje 612, sin recibir documentación, consolidará las posiciones.

La CVA no aplicará de oficio el artículo 16.

2. Disparidad versiones

El relato del accidente tiene que describir obligatoriamente el motivo o las causas del siniestro. En caso de versiones contradictorias, si alguna de las versiones no describe la acción de uno de los implicados en el accidente, debe resolverse de acuerdo con lo establecido en el apartado "13. Culpabilidad" en cuanto a disparidad de versiones.

Las versiones que no describen lo ocurrido, tipo "el contrario colisiona al asegurado", no serán consideradas válidas, y supondrán que la Entidad que describa el accidente sea Acreedora. En términos generales, el relato del accidente debería describir, el motivo o las causas del siniestro:

- Si el siniestro se produce por un tema de prioridad, en el relato debería figurar las calles/direcciones por las que circulan ambos y qué tipo de prioridad afecta al responsable.
- Si el siniestro se produce en una vía interurbana debería figurar el punto kilométrico.
- Cuando se trate de giros, se debería indicar a qué vía se pretendía acceder.
- Cuando se hable de señales horizontales de giro obligatorio que determina la prioridad, debería decirse (por su orden) cual es el carril por el que circulan ambos.

Las descripciones de accidente y de los daños pueden ampliarse como consecuencia de la solicitud de aclaraciones al asegurado. Lo que no procede es modificarlos. Por tanto, en los casos en que una de las Entidades modifique su versión de accidente o localización de daños inicial como consecuencia de aclaraciones de su cliente o de la peritación de los daños, prevalecerá la descripción inicial, para la aplicación de las normas subsidiarias.

Las declaraciones de accidente que estén en idioma distinto al castellano, no tienen validez, deben enviarse en castellano o en ambos idiomas.

En el supuesto de fusión entre dos o más entidades, tanto por creación de una nueva entidad, como por absorción, la entidad resultante o, en su caso la entidad absorbente que no estuviera adherida al sistema, se subrogará en todos los derechos y obligaciones de las entidades fusionadas o absorbidas, salvo que cause baja del sistema de conformidad con el Reglamento Articulado.

En CIDE la DAA prevalece sobre cualquier escrito de inexistencia de siniestro, cuando la DAA esté firmada por el tomador, el conductor o el propietario.

ASCIDE

Se considera inexistencia de siniestro cuando uno de los dos vehículos no interviene en el accidente. No debe confundirse la inexistencia de siniestro con la inexistencia de daños o con la no colisión directa.

En aquellos casos en que puedan haber discrepancias sobre si se trata de "no colisión" (perfectamente identificado el lugar del accidente) o de "inexistencia de siniestro", supuestos ambos en que no es de aplicación el Convenio, se considerará válido cualquiera de los rehuses.

Para que el rehuse por inexistencia de siniestro sea válido, debe remitirse elcorrespondiente escrito (establecido en ASCIDE) firmado por el asegurado o propietario en tiempo y forma establecido.

En el supuesto de tratarse de personas jurídicas, deberá constar además el sello y el C.I.F. de la empresa. Igualmente se considerará válido, sólo en estos casos, un escrito de dicha empresa negando la existencia del accidente (Dicha carta como mínimo deberá contener las matrículas y fecha de ocurrencia). En caso de persona jurídica y la D.I.S. esté firmada por el Gerente de la empresa con su D.N.I. y el sello, se considerará válida.

En el supuesto en que la Deudora comunique al SDD en plazo, que ha existido error en la identificación del vehículo causante del accidente, y realmente asegura al responsable del accidente, al que deberá identificar para que la presunta Acreedora pueda iniciar de nuevo la reclamación con los datos correctos, lógicamente no será necesario el envío del escrito firmado por el asegurado.

Ante el rehuse (una o más veces) por inexistencia de siniestro de la presunta Deudora, que obligue a la Acreedora a plantear demanda judicial contra el causante del accidente, y por resolución judicial se demostrase la existencia de siniestro en la Entidad Deudora con los mismos datos, se aplicará Convenio y ésta debe asumir un 1Módulo de penalización como compensación de los gastos creados a la Acreedora.

A efectos de intercambio de información entre Entidades, únicamente se considera válida una declaración de Inexistencia de Siniestro que contenga como mínimo los siguientes datos:

- Fecha de accidente.
- Provincia del accidente.
- Nombre y apellidos del asegurado o del propietario.
- Matrícula del vehículo asegurado.
- Entidad aseguradora propia.
- Póliza / Referencia del vehículo asegurado.
- Entidad aseguradora contraria.
- Matrícula del vehículo contrario.
- Referencia del siniestro.
- D.N.I./C.I.F. y sello de empresa.

FORMATO:

La declaración de Inexistencia de siniestro debe contemplar todos los apartados que figuran en el modelo establecido (orientativo en cuanto a formato/diseño y obligatorio en cuanto a apartados contenidos) La entidad que envíe la declaración de Inexistencia de siniestro y no contemple en su formato los apartados obligatorios citados, pasará a ser Deudora.

DATOS:

La entidad que envíe la declaración de Inexistencia de siniestro y no contemple los datos obligatorios citados, pasará a ser Deudora. En la reclamación inicial debe constar la provincia del lugar de ocurrencia del siniestro, no pudiéndose modificarse en sucesivas reclamaciones.

Firma y Sello:

La entidad que envíe la declaración de Inexistencia de siniestro y ésta no contemple la firma y el DNI del propietario particular o firma, NIF y Sello en caso de empresa, pasará a ser Deudora.

Interlocutor CIDE/ASCIDE/CICOS es la persona designada por cada Entidad para la resolución de incidencias e interpretación de los Convenios.

Esta figura tiene poder decisorio para la resolución definitiva de los casos que se sometan a su consideración.

FASE DE TRAMITACIÓN

Es la última fase de la tramitación CICOS para poder enviar documentación al SDD. Cuando existan versiones contradictorias y en fase de interlocución una de las entidades aporte el atestado, verificación ocular o DAA que define culpa distinta a los criterios de culpabilidad tenidos en cuenta antes de conocer dicha documentación, la reclamación causará baja debiéndose reiniciar la misma, salvo que dicha documentación reafirme los criterios de culpabilidad, en cuyo supuesto continuará el diálogo.

Para la aplicación de los Convenios CIDE/ASCIDE es requisito indispensable la intervención de sólo dos vehículos, entre los que debe existir colisión directa. Cuando existen dos D.A.A. sobre el mismo accidente (igual lugar, fecha y hora), y de la conjunción de las mismas se desprende la intervención de más de dos vehículos, no es de aplicación el CIDE ni el ASCIDE.

En supuestos de accidentes con intervención de más de dos vehículos - circunstancia expresamente reconocida por los dos firmantes de la D.A.A. - el CIDE no es de aplicación, incluso en los casos en los que no sea factible la total identificación en el anverso de la D.A.A., de alguno de los vehículos implicados. Sólo podrá proseguirse la gestión por ASCIDE cuando ninguno de los firmantes de la D.A.A. pueda identificar (matrícula) al tercer vehículo.

La existencia de un tercer vehículo identificado que interviene en el accidente (con o sin colisión directa con los otros dos) invalida la aplicación de los Convenios. Se considera que un vehículo identificado interviene en un accidente cuando colisiona con otro, o sin colisionar es el ausante de la ocurrencia del accidente, obligando a cualquiera de los otros vehículos a realizar una maniobra evasiva (no se considera maniobra evasiva el detener el vehículo en el mismo carril). Cuando intervengan cabeza tractora y remolque, ver apartado "remolques".

En ASCIDE, al no existir una D.A.A. única firmada por ambos implicados, la intervención de un tercer vehículo la determina la identificación del mismo, por cualquiera de los conductores.

Cuando un vehículo que intervenga en el accidente no esté identificado (matrícula) por ninguno de los otros dos implicados, a efectos de los Convenios se considerará como si no hubiera intervenido en el accidente, y por tanto se aplicará Convenio entre los otros dos vehículos.

Existe obligación de colaborar contra la IE LCS entre las Entidades adheridas. La simple presunción de IE LCS no impide la aplicación de los Convenios, hasta que no quede acreditado documentalmente por cualquiera de las Entidades implicadas la existencia del mismo.

Ante la existencia reconocida de una IE LCS o admitido éste por ambas Entidades, no son de aplicación los Convenios, quedando liberadas ambas partes para ejercitar las acciones que estimen oportunas, aún cuando previamente ya se hubieran perfeccionado los Convenios, debiendo retrotraerse los trámites.

En aquellos casos en que el asegurado de la Acreedora pretende cobrar daños ajenos al siniestro, la Acreedora debe facilitar a la Deudora la documentación necesaria para que la Deudora pueda defender la cuantía de los daños ante una posible demanda civil.

4.- ¿QUÉ DICEN LOS CONSUMIDORES?

El informe anual del servicio de reclamaciones de la DGS asegura que las dos de las tres ramas más reclamadas son seguros multirriesgo y vehículos.

Conviene destacar que la aplicación de los convenios sobre tramitación y liquidación de siniestros entre compañías, por los que el perjudicado es indemnizado por su propia compañía de seguros, en vez de por la del causante del accidente, crea cierta confusión a los perjudicados pues en muchos casos dirigen la reclamación frente a su compañía, generalmente por discrepancias en su valoración del siniestro; en estos casos, la garantía que debería operar es la de defensa jurídica y no la de daños.

Por concluir, decir que existe una falta de transparencia de los Convenios entre aseguradoras y la información que reciben los usuarios en la tramitación de los siniestros es escasa como consecuencia de que éstos son indemnizados por su propia compañía. Esta situación supone un conflicto de intereses por parte del asegurador.

ADICAE
al servicio de los usuarios en toda España

Si usted tiene alguna duda o algún problema con una "reunificadora de crédito", no lo dude y acuda a ADICAE.
Nuestras asesorías le ofrecerán la mejor orientación para defender sus derechos

SEDES DE ADICAE

Servicios Centrales ADICAE
C/ Gavín, 12 local 50001 **Zaragoza**
Tfno. 976 390060 - Fax 976 390199
aicar.adicae@adicae.net

Madrid
Embajadores, 135 1º C int.
28045 Madrid
Tfno. 91 5400513 Fax 91 5390023

Catalunya
c/ Entença, 30 entlo. 1º
08015 **Barcelona**
Tfno. 93 3425044 Fax 93 3425045

Comunidad Valenciana
Av. Pérez Galdós, 97 pta.1
46018 **Valencia**
Tfno. 96 3540101 Fax 96 3540106

C/ Aparicio, nº 5 entlo 5
03003 **ALICANTE**
Tfno/Fax. 96 5926583

Galicia
Avda. Gral. Sanjurjo, 119 -1º dcha
15006 **A Coruña**
Tfno. 981 153969 Fax 881 927603

Castilla y León
c/ Caridad, 1 - 3º B
47001 **Valladolid**
Tfno/Fax. 983 373173

Extremadura
c/ Camilo José Cela, 1 3º
06800 **Mérida**
Tfno/Fax. 924 387468

c/ Gómez Becerra, 25 3º
10001 **Cáceres**
Tfno/Fax. 927 626336

Andalucía
Av. Eduardo Dato, 85 1ºB
41005 **Sevilla**
Tfno/Fax. 954 652434

C/ Salvador Noriega, 7
29006 **Málaga**
Tfno/Fax. 952 088955

... o pregunte por nuestras delegaciones en otras provincias

Solicite otros folletos del proyecto "El consumidor frente a los seguros"