

Manual de seguros para el consumidor



ADICAE

Asociación de Usuarios
de Bancos, Cajas y Seguros

www.adicae.net

Proyecto:

"Consumidores a todo riesgo: los consumidores por un uso eficaz de los seguros, y unos productos de ahorro jubilación transparentes, rentables y solventes"



**FÓRMATE CON ADICAE PARA
SER UN CONSUMIDOR CRÍTICO,
RESPONSABLE Y SOLIDARIO.**

**PONEMOS A TU DISPOSICIÓN DIFERENTES
CURSOS DE FORMACIÓN BÁSICA EN
NUMEROSAS MATERIAS. ENTRA [AQUÍ](#)
Y COMIENZA TU FORMACIÓN.**

Índice

I Metodología del manual e introducción	5
II Los ramos de seguros contra daños más habituales	27
III Los productos de previsión social: Planes de pensiones y otros	87
IV Los productos de inversión	125
V Mediadores de seguros	153
VI Mecanismos de reclamación extrajudicial. Qué es el Consorcio de Compensación de Seguros	163
VII La futura transposición de la Directiva de mediación de seguros	183
VIII Aclaración de términos	200

I
METODOLOGÍA
DEL MANUAL
E INTRODUCCIÓN

I

METODOLOGÍA DEL MANUAL E INTRODUCCIÓN

Objetivos.....	7
Qué es un seguro y para qué sirve	10
Seguro obligatorio y obligatoriedad de asegurar	18
Cláusulas nulas, limitativas y delimitadoras.....	22



► OBJETIVOS DEL PRESENTE TRABAJO

El presente trabajo busca poder dar elementos de reflexión al consumidor medio, que le permitan discernir si el producto que le están ofreciendo es lo más adecuado para sus necesidades, así como si quien se lo está ofreciendo, le ha de asesorar (aconsejar) o meramente informar acerca del producto, del seguro de que se trate.

Para ello, pretendemos abordar de una forma muy didáctica y con un lenguaje sencillo términos que como consumidores habremos de conocer y que quizá nunca -y menos a la hora de contratarlos- nos explicaron.

Dentro de esta labor de divulgación, explicaremos desde para qué sirve un seguro- y también para qué no sirve, es decir, cuando lo necesitamos y cuando no, que seguros son

A la hora de contratar nuestro seguro, debemos tener la máxima información posible para encontrar el que más se ajuste a nuestras necesidades. Los profesionales del sector, en especial aquellos que sean independientes de las aseguradoras (los corredores) y las asociaciones de consumidores como ADICAE (no sujeta a dependencia o clientelismo alguno), nos pueden ayudar en esta tarea.

obligatorios, qué cláusulas son abusivas o limitativas, y como actuar en consonancia¹.

También haremos un acercamiento a los ramos más contratados por los consumidores en general, haciendo hincapié en las prácticas que más nos pueden perjudicar.

No podemos dejar de lado en un trabajo que pretende ayudar a los consumidores en la toma de decisiones a la hora de contratar un seguro, los seguros de ahorro y previsión social, sobre todo teniendo en cuenta el debate de la sostenibilidad del sistema público de pensiones.

Al hilo de los citados seguros de ahorro y previsión social abordaremos los productos de inversión los cuales, en su mayoría, no son contratos de seguros, pero creemos interesante alertar al consumidor de los peligros de cada producto de inversión, y explicar qué son y qué (des)ventajas pueden tener.

Todos podemos percibir que no es lo mismo que usted contrate un seguro a través de un comparador, directamente con una aseguradora, o un banco, a través de un agente de seguros o un corredor.

Pero, ¿Cuál es la diferencia para nosotros como consumidores?

¿Qué implicaciones tiene contratar a través de uno u otro?

Esta materia será también abordada en el presente trabajo.

También vamos a realizar una explicación de los mecanismos de reclamación alternativos a la vía judicial, ante los incumplimientos del asegurador, y/o del mediador, con un análisis de la casuística más habitual en que se fundan las reclamaciones.

1. Para conocer la importancia del sector asegurador, recomendamos el video del siguiente enlace: <https://educacionfinanciera.adicaeonline.es/mod/lesson/view.php?id=946>

Finalizaremos con un pequeño apartado dedicado a una figura bastante desconocida por el *gran público*, pero con una importancia trascendente, como es el [Consortio de Compensación de Seguros](#).

Esperamos que los temas a tratar sean del interés de los lectores consumidores, y en tal caso, en su desarrollo, estar a la altura de la expectativa que hayamos podido generar.

Les invitamos pues a introducirse en el contenido de éste manual, y que tras su lectura, tengan conocimientos como para poder discernir si les interesa ese seguro que les ofrecen o con el que ya cuentan, y qué aspectos y circunstancias han de analizar antes de contratarlo o no, haciendo las preguntas adecuadas a cada distribuidor de seguros... o si deben prorrogar el que ya tienen contratado o bien resolver, finalizar el contrato que no le resulta beneficioso, procediendo a nueva contratación con otra compañía.





► QUÉ ES UN SEGURO Y PARA QUÉ SIRVE

Emperezaremos este apartado explicando qué es un seguro.

Lo primero que tenemos que decir al explicar qué es un seguro, es que se trata de un contrato mercantil.

Hay dos partes, por un lado el asegurador (un profesional) y por otro lado el tomador, que en muchos casos también es el asegurado.

El que sea un contrato mercantil implica entre otras cosas que se ha de pagar por recibir contraprestaciones. Hay otros contratos que no son mercantiles y, por tanto, no necesariamente han de ser remunerados: no hay que pagar para recibir algo a cambio, no son contratos mercantiles, sino civiles, lo que no implica las partes no asuman obligaciones: de todos los contratos derivan obligaciones para las partes.

Por ejemplo, el matrimonio: es un contrato en el que las dos partes asumen unas obligaciones (cada uno cuidar del otro, entre otras) pero sin pagar o recibir dinero por ello.

En el contrato de seguro, el tomador ha de pagar un precio determinado por el seguro, llamado prima, para que el asegurador indemnice al asegurado o a las víctimas o al asegurado en caso de que se produzca un daño indemnizable.

Pensemos en hace 100 años...no había casi coches en nuestras calles; no existía internet, no había teléfonos móviles, no había tanto tráfico aéreo, ni marítimo; apenas había industria y tampoco contaminación....ni la medicina había avanzado tanto que permitiera determinadas intervenciones, antes inimaginables...

¿Y hoy....?

Nuestra sociedad se ha ido poco a poco haciendo más compleja. Antes la posibilidad de hacer daño era más remota y las consecuencias eran más controlables.

Es decir, sí podíamos atropellar a alguien con un carruaje... pero la probabilidad era mucho menor y probablemente la gravedad de los daños también lo fuera...

También podría explotar una fábrica, pero ahora, si explota una fábrica, no es extraño que afecte a poblaciones que están cerca de la misma, se contaminen corrientes de agua, etc.

Y es posible que produzcamos daños por nuestro propio actuar en el día a día....pero también es posible que no tengamos patrimonio suficiente (dinero) como para reponer esos daños que generamos, a nosotros mismos y/o a terceros.

Ante la complejidad de nuestra sociedad, que cada vez genera más riesgos, nosotros mismos exigimos más cuidado, y llegado el caso, que se nos reponga el perjuicio que hayamos podido sufrir.

En el contrato de seguro, el tomador ha de pagar un precio determinado por el seguro, llamado prima, para que el asegurador indemnice al asegurado o a las víctimas o beneficiarios del asegurado en caso de que se produzca un daño indemnizable.

Ahí nacen los seguros.

Técnicamente es un *instrumento financiero de traslación de riesgo*.

Esto así dicho, parece complicado pero es más sencillo de lo que parece.

En nuestro día a día, en el trabajo, al conducir un vehículo, o en otras actividades hacemos cosas que implican un riesgo para nosotros y para los demás, y si produjéramos algún daño, muy posiblemente no tuviéramos patrimonio, no tendríamos dinero nosotros mismos para indemnizar, para pagar el daño causado, a las víctimas de nuestros actos.

Por eso es un mecanismo de *traslación del riesgo*. Es decir, al pagar el precio del seguro, la prima, “trasladamos” el riesgo, la obligación de indemnizar, al asegurador que la asume como propia y hará frente a los pagos, al resarcimiento de los daños que hayamos causado.

Y es un *instrumento financiero* porque se hace mediante un contrato mercantil, a cambio de un precio- llamado prima- en el que el asegurador ha calculado el importe en base a estudios estadísticos previos.

Un pilar fundamental del contrato de seguro- también llamado póliza de seguros- es la buena fe.

Esto implica que el asegurador, al momento de la contratación de la póliza se creará lo que le hemos dicho sobre cómo es y en qué estado está el bien que queremos asegurar, por ejemplo nuestra casa, nuestro coche, etc.

Pero cuando tenemos un percance- llamado siniestro- y el asegurador verifica los daños, si comprueba que lo que hemos asegurado no era lo que habíamos dicho o no estaba en el estado que habíamos dicho al contratar, estaba más deteriorado, a la hora de recibir la indemnización tendremos una

Al pagar el precio del seguro, la prima, “trasladamos” el riesgo, la obligación de indemnizar, al asegurador que la asume como propia y hará frente a los pagos, al resarcimiento de los daños que hayamos causado.

reducción de la indemnización y hasta incluso puede que no nos indemnicen nada.

¿Por qué? Pues porque habremos quebrado la buena fe que exige la [Ley del Contrato de Seguro](#).

Pero ojo, que también puede que algún asegurador donde pone en el contrato tomador, esto es, el que paga el precio del seguro, parece que siempre lee *timador* y siempre pone en duda lo declarado por el tomador y/o asegurado y rechazan muchos siniestros.

En esos casos, también la propia Ley del Contrato de Seguro, obliga al asegurador a pagar los siniestros en unos plazos determinados, y caso no lo cumpla, poder exigir intereses mucho más elevados que los del tipo legal del dinero...y mu-



chísimo más altos que los que deben pagar la banca u otros sectores a los consumidores.

Pero este deber de lealtad ha de ser recíproco, y por ello la Ley impone a los distribuidores de seguros, ya sean estos las propias aseguradoras, la banca o cualquier otro intermediario, como son los agentes o los corredores de seguros, la obligación de informar a la persona que, potencialmente, puede contratar un seguro, acerca de todas las características del seguro, sus coberturas, sus limitaciones y exclusiones, el precio y otros factores de relevancia: , y ha de hacerlo de manera clara, suficiente, con absoluta transparencia, de manera que el consumidor pueda entender con claridad qué es aquello que se dispone a contratar, si le reportará, o no, la utilidad que espera recibir del seguro que se le ofrece.



Debe considerarse que el contrato de seguro se trata de un contrato de adhesión, pero esta afirmación debe matizarse: el contrato de adhesión es aquel, prerredactado por el proveedor del bien o del servicio, en el que el consumidor no tiene ninguna opción de negociación, es decir, por decirlo de manera gráfica, no puede introducir ni quitar ni una *coma*, *ha de limitarse a contratar o no hacerlo: ejemplos lo constituyen los contratos de electricidad, de agua, o de compraventa de productos financieros, como son las tristemente célebres participaciones preferentes y las obligaciones subordinadas.*

Sin embargo, en el contrato de seguro sí le es posible intervenir al consumidor contratante, aunque sea partiendo de un contrato prerredactado y con las condiciones previamente fijadas por la aseguradora: al potencial contratante o asegurado le será posible, en general, negociar las principales circunstancias y condiciones del contrato de seguro, adaptándolo a sus necesidades aunque en ocasiones haya de ser a cambio de incrementos en la prima: a mayor riesgo asegurado, mayor precio del seguro, mayor prima.

Por ello, resulta evidente que el perfecto entendimiento por parte del consumidor que está estudiando contratar un seguro acerca de aquello que se le ofrece constituye pilar esencial para poder negociar aquello que le interesa, o para no contratar lo que se le ofrece, todo ello desde una posición responsable, y todo ello será imposible si no cuenta con una adecuada, veraz y suficiente información acerca de lo que se le propone contratar. Por ello, nunca nos cansemos de preguntar aquello que no comprendamos y, en último caso, si el distribuidor es incapaz de explicarlo de manera que lo comprendamos, *que veamos claro el contrato, no lo firmemos*

¿Por qué nos interesa, como consumidores, contratar seguros?

La respuesta, en principio, es muy sencilla... para que cuando produzcamos daños a otros ciudadanos, éstos puedan re-

¿Por qué nos interesa, como consumidores, contratar seguros? Para que cuando produzcamos daños a otros ciudadanos, éstos puedan resarcir el perjuicio que les hayamos creado. Nos es más ventajoso pagar una determinada cantidad (prima) antes que tener que asumir las consecuencias del daño causado por el siniestro, (atropello, incendio de la vivienda, etc. Pero, para que realmente nos sea útil, debemos contratarlo de manera meditada, saber qué contratamos.

sarcir el perjuicio que les hayamos creado. Ante la hipótesis de que se produzca un siniestro, nos es más ventajoso pagar una determinada cantidad (prima) antes que tener que asumir las consecuencias del daño causado por el siniestro, (atropello, incendio de la vivienda, etc.)

Y para que esos ciudadanos damnificados, *las víctimas*, tengan la confianza o seguridad de que cobrarán su indemnización, como la mayoría de los ciudadanos no tenemos patrimonio suficiente como para pagar indemnizaciones, nos interesará contratar determinados seguros.

También habremos de discernir, desde una perspectiva crítica, si el seguro que nos ofrecen *lo necesitamos o no*, es decir, ¿para qué sirve el seguro que nos ofrecen?

Un seguro de autos es, a parte de obligatorio, importantísimo, pero, ¿tengo coche?

Puede parecer una pregunta absurda pero en no pocas ocasiones a la hora de hacer seguros de protección frente a impagos, se nos asegura que la compañía de seguros pagará al banco el préstamo, en el caso de quedarnos en desempleo, y el asegurado es funcionario...jubilado...estudiante...tales reflexiones se abordan con más detalle en los videos del siguiente link:

<https://educacionfinanciera.adicaeonline.es/mod/lesson/view.php?id=957>

Estos vídeos se incluyen dentro del curso Consumidores Seguros desarrollado por ADICAE y patrocinado por AECOSAN².

Pero, además, en caso de que tengamos coche y dependiendo del uso que le vayamos a dar, la edad que tenga, y otras circunstancias, ¿realmente nos será útil y rentable contratar un seguro a todo riesgo, o será mejor contratar un seguro a

A la hora de contratar un seguro, debemos saber si realmente es necesario que aseguremos ese determinado riesgo: si en realidad es posible que podamos tener algún problema con el bien asegurado y una aseguradora nos puede ayudar a minimizarlo.

2. <https://educacionfinanciera.adicaeonline.es/course/view.php?id=39> Consulta 4/12/18.



terceros, o incluso limitarnos a contratar el seguro obligatorio, el que impone la ley?

Siguiendo con las reflexiones, ¿necesitamos un Plan de Pensiones Asegurado, cuando ya estamos jubilados, cuando aún no hemos empezado a trabajar, o tenemos contratos de trabajo esporádicos?

No cabe duda que los seguros son importantes, pues no dejan de ser una protección ante diferentes situaciones a las que nosotros y nuestros bienes estamos expuestos, pero la pregunta es si cada uno de nosotros, como consumidores, necesitamos el seguro que nos ofrecen. Quizás a una persona, por sus especiales circunstancias, le resulte imprescindible contar con más de 5 o 6 seguros, en tanto que a otras les bastará con contratar uno, el multiriesgo de vivienda, o dos a lo sumo, en función de sus necesidades: lo importante es

Para poder llevar a cabo ciertas actividades, estamos obligados a contratar un seguro, con una u otra compañía, pero deberemos disponer de él; por ejemplo, para el desempeño de profesiones como la medicina o la abogacía, o la simple posesión de un automóvil.

contar con la información suficiente y actuar desde una perspectiva responsable.

Pero ojo, hay determinadas actividades en las que es obligatorio contratar un seguro. Es decir, que para poder llevarlas a cabo, estoy obligado a contratar un seguro u otro, pero tendré que tener uno, como son el desempeño de profesiones como la medicina o la abogacía, o la simple posesión de un automóvil.

Siendo que ya hemos visto lo que es un contrato de seguro y también para qué sirve, aprovechando la anterior reflexión, abordamos en siguiente epígrafe:

► SEGURO OBLIGATORIO Y OBLIGATORIEDAD DE ASEGURAR

En el día a día se nos dice que tenemos la obligación de contratar determinado seguro (por ejemplo el de la casa al contratar una hipoteca) y que es obligatorio ese seguro.

También oímos que si para determinadas actividades (abrir un taller de reparación de vehículos, tener un perro de determinadas razas, etc.) tenemos que tener un seguro contratado.

¿Qué tiene eso de correcto?

¿Y es lo mismo tener un seguro obligatorio a que me obliguen a asegurar algo?

Aunque parezca un juego de palabras no lo es.

En los seguros obligatorios, dicho sea por delante, viene impuesta la obligatoriedad por una norma. Es decir, la [Unión Europea](#), el Estado o las CCAA por ley nos obligan a tener un seguro para hacer una u otra cosa.

Por ejemplo, para que pueda circular un vehículo, tiene que tener en vigor un seguro de responsabilidad civil. Para poder tener una licencia de caza u organizar cacerías en cotos, tengo que tener un seguro de responsabilidad civil.

Etc....son muchas las actividades en que el legislador nos obliga a tener seguros.

¿Por qué? Pues por que como la actividad que vamos a desarrollar *es potencialmente peligrosa*, el Estado quiere que si ocurre algo, las víctimas puedan ser indemnizadas.

Así pues los seguros obligatorios se configuran como seguros de víctimas. Se quiere proteger a quien podemos producir daños, y las compañías de seguro no podrán rehusar indem-





nizar a la víctima, salvo contadas excepciones contemplada por la ley y han de constar en la propia póliza de seguros, en el contrato. Y tampoco nosotros podremos oponernos mucho cuando el asegurador quiera pagar a las víctimas porque pensemos que no somos culpables, porque son situaciones potencialmente peligrosas (cazar, conducir, etc.) en las que incluso cuando no hayamos cometido ninguna negligencia y por tanto consideremos que no tenemos culpa, la víctima tiene derecho a recibir una indemnización.

En cambio, hay otras ocasiones en las que también el *legislador* nos dice que hay que contratar un seguro obligatoriamente.

En esos casos, no estamos tanto ante un seguro de víctimas, sino que se lo que se busca son garantías a la otra parte del contrato.

Por ejemplo, es obligatorio contratar un seguro de incendio cuando constituimos una hipoteca.

Perfecto pero.....

Solo el seguro de incendio es el que es “legalmente obligatorio”. Es decir, no es obligatorio que aparte del incendio de la casa me asegure los cristales, mi RC personal, daños por agua, etc.

No es “legalmente obligatorio” hacer otros seguros como por ejemplo el de salud, vida, protección de pagos, etc. Otra cosa es que la entidad financiera a la que hemos pedido el préstamo nos obligue a contratar todo eso para darnos el dinero que hemos pedido; pero *nos obligará ella*, no será realmente un seguro obligatorio, pues la ley no establece tal obligatoriedad.

Y no son, por tanto, seguros obligatorios, sino que estamos ante una *obligatoriedad* de contratar un seguro, porque no son seguros que protegen a víctimas, sino que generalmente, protegerán solo a la contraparte del contrato, en este caso al banco, que busca *blindar absolutamente el préstamo que contrata con nosotros y por el que nos cobra una cantidad que no podemos calificar como menor, haciendo de paso lo que llamamos una cruzada, es decir, queríamos una hipoteca y además de vendernos ese producto financiero, ha conseguido colocarnos dos, tres, o cuatro seguros que no precisábamos en ningún caso..*

Por cierto, también es conveniente conocer que ni siquiera el seguro realmente obligatorio en el caso de contratación de una hipoteca, el de incendios, es legalmente obligatorio contratarlo con la aseguradora que el banco pretenda imponernos: la ley no nos obliga a hacerlo con ninguna aseguradora, solo a contratarlo, para eliminar el riesgo de que la casa, que es la garantía del crédito que obtenemos, se pueda perder a consecuencia de incendio.

El seguro realmente obligatorio en el caso de contratación de una hipoteca, el de incendios, NO es legalmente obligatorio contratarlo con la aseguradora que el banco pretenda imponernos: la ley no nos obliga a hacerlo con ninguna aseguradora, solo a contratarlo. Además, conviene recordar que la ley no impone la contratación de ningún otro seguro.

► CLÁUSULAS NULAS, LIMITATIVAS Y DELIMITADORAS

Hemos visto que el seguro es un contrato. Todos los contratos tienen unas cláusulas o artículos donde se recoge qué se asegura, como se asegura y qué no se asegura, o en que circunstancias no se abonará indemnización alguna.

Éstas cláusulas están recogidas en el contrato de seguro que se llama póliza de seguro.

La póliza puede tener agrupadas las cláusulas en distintos apartados, como son las Condiciones Particulares, las Condiciones Generales y en algunos casos, las Condiciones Especiales.



Por lo general, en las Condiciones Particulares se recogen los datos del bien asegurado.

Si aseguramos un coche, pues se recogerá la matrícula, el modelo, la marca, los datos del conductor, el domicilio del propietario, y los importes que tengamos garantizados como indemnización, así como lo que estamos contratando:

- Lunas: si o no
- Robo: si o no
- Asistencia: si o no
- Responsabilidad civil: hasta qué importe
- Etc.

En las Condiciones Generales es donde se nos suele explicar qué se ha de entender por las coberturas que hemos contratado (por ejemplo qué es la asistencia en viaje) y qué no se ha de entender incluido en esa cobertura (por ejemplo que sólo nos remolcarán el coche pero no llevarán en taxi al conductor del vehículo).

La [Ley del Contrato de Seguro](#) obliga que todas las exclusiones estén resaltadas y que además estén firmadas expresamente por el tomador del seguro.

Esas exclusiones son las llamadas cláusulas *limitativas*. Se llaman así porque nos limitan la cobertura.

Es decir, si tengo contratado un seguro de hogar junto con la hipoteca y tengo contratado los daños propios al continente, es decir, a la construcción, *menos los cristales*, como la construcción que es lo genérico, sí lo tengo contratado como un todo, lo que no queda incluido, o lo que se me excluye, son los cristales, eso es una "limitación" a mi derecho (toda la construcción menos los cristales).

La Ley del Contrato de Seguro obliga a que todas las exclusiones estén resaltadas y que además estén firmadas expresamente por el tomador del seguro.



Esa clausula ha de ir resaltada en negrita y para que el asegurador no me pague los *crisales* llegado el caso, tengo que haber firmado que acepto expresamente esa exclusión.

Hemos de resaltar aquí la importancia de leer con tranquilidad, y entender a la perfección, todo el documento, todo el contrato y sus anexos, huyendo de seguir el *consejo*, *si se nos llega a proponer por el distribuidor, consistente en bueno, ya te lo he explicado todo, ahora firma aquí, aquí, aquí y aquí.*

Así todo parece muy claro....pero es que hay otras clausulas que no limitan nuestros derechos, sino que *delimitan la póliza* o establecen el perímetro de cobertura.

Siguiendo con el ejemplo de la casa y los cristales...imagínemos que tenemos recogido que el importe máximo que el

asegurador pagará por esos mismos cristales es de 100 euros por ventana.

Ahí no se nos está *limitando* nuestro derecho a que nos indemnicen por los daños que sufra nuestra vivienda, sino que se está *delimitando* el alcance de la cobertura, es decir, el importe máximo que el asegurador nos pagará.

Éstas cláusulas no tienen que ir en negrita ni ser aceptadas expresamente en la póliza por el consumidor.

Nuestro [Tribunal Supremo](#) por lo tanto, indica que son delimitadoras las cláusulas que establecen el perímetro de cobertura del riesgo, a saber qué riesgo se cubre: aquellas que son en qué cuantía, durante qué plazo, y en qué ámbito espacial; mientras que las limitativas son aquellas delimitadoras del objeto contractual y que por tanto recogen las causas de exclusión contractual, o lo que es lo mismo, su no aplicación.

¿Y las cláusulas nulas?

Aquellas que sean abusivas serán declaradas nulas. Y son abusivas las que van en contra de la buena fe, es decir, han sido diseñadas por quien la ha redactado previamente, la aseguradora en este caso, con objeto de sacar ventaja, y también aquella que producen un desequilibrio entre los derechos de la aseguradora y el consumidor que al final quedará perjudicado: nuevamente está presente la intención de la aseguradora de obtener ventaja, de obtener un beneficio injusto en contra del consumidor.

El hecho de que una cláusula sea nula, no implicará que todo el contrato sea nulo, pero si que la cláusula declarada nula se tendrá por no puesta, quedará automáticamente expulsada del contrato.

Es decir, si tenemos un seguro de coche a todo riesgo donde se diga que no puede conducirlo una mujer, si tenemos un golpe con una farola y conducía una mujer, se declarará nula

El hecho de que una cláusula sea nula, no implicará que todo el contrato sea nulo, pero si que la cláusula declarada nula se tendrá por no puesta, quedará automáticamente expulsada del contrato.

esa cláusula por ser injusta, por ser abusiva, y el seguro deberá indemnizar el accidente, pero eso no eximirá al asegurador de que por que sea nula esa cláusula sea anulado todo el contrato y nos devuelva la prima pagada, lo que por otra parte conllevaría que no nos pagara la reparación del coche.

Desgraciadamente, y también parece abusivo, para lograr la declaración de nulidad de una cláusula se nos obligará habitualmente a presentar una demanda ante el Juzgado, lo que nos acarreará una inversión de dinero y de tiempo: por ello, desde [ADICAE](#) consideramos, y ya tendremos ocasión de entrar en el asunto en otro lugar de este manual, que es esencial el establecimiento y regulación de un verdadero y eficaz sistema de reclamación extrajudicial, así como dotar de verdadera virtualidad a los mecanismos de reclamación colectiva, ya sea esta judicial o extrajudicial, para poder abordar la denuncia de aquellas cláusulas o prácticas que, por su aplicación a una pluralidad de consumidores afectados.

II

LOS RAMOS
DE SEGUROS
CONTRA DAÑOS
MÁS HABITUALES

II LOS RAMOS DE SEGUROS CONTRA DAÑOS MÁS HABITUALES

I. El seguro de hogar	29
Sentido, necesidad u obligatoriedad de asegurar una vivienda	29
Continente, Contenido y Responsabilidad Civil.....	32
Principales Garantías de los Seguros de Hogar.....	36
Daños cubiertos, daños no amparados y exclusiones.....	40
Consejos a la hora de declarar un siniestro	44
II. El seguro de salud	48
Sentido, necesidad u obligatoriedad de contratar un seguro de salud.....	48
Diferencias entre seguros de salud	51
Principales tarifas en los seguros de salud	58
Limitaciones, Exclusiones, Preexistencias y tratamientos no cubiertos	61
Consejos a la hora de contratar un seguro de salud	65
III. El seguro de autos	67
Seguro obligatorio de autos y otras modalidades de contratación	67
Principales garantías de los seguros de autos	69
Principales causas de conflicto en los seguros de auto; limitaciones de la garantía de asistencia en viaje y valor venal del vehículo	77
Cómo actuar a la hora de dar un siniestro de autos.....	80
IV. El seguro de protección jurídica.....	82
Sentido y existencia del Seguro de Protección Jurídica..	82
Principales prestaciones del Seguro de Protección Jurídica	83
Principales conflictos y limitaciones	85



► I. EL SEGURO DE HOGAR. SENTIDO, NECESIDAD U OBLIGATORIEDAD DE ASEGURAR UNA VIVIENDA (PULSAR PARA VIDEO)

El seguro de hogar es quizá con el seguro de autos el más extendido y conocido por los todos los usuarios, ya que viene a cubrir uno de los principales bienes con los que contamos; nuestra vivienda. El 75% de los hogares españoles cuenta con un seguro de su vivienda.

Contratamos un seguro de hogar ante las consecuencias que tendría sufrir un imprevisto de gravedad, como un incendio o bien para no tener que realizar un desembolso económico importante en el caso de un robo, una rotura de tuberías, que además puede ocasionar daños a los vecinos de la vivienda adyacente o situada en el piso inferior, o un daño a

la instalación eléctrica. El seguro de hogar, por tanto, se contrata principalmente por responsabilidad, por previsión. Preferimos pagar un pequeño importe anualmente que cubra todas estas eventualidades, lo cual nos proporciona cierta tranquilidad.

No obstante, también contratamos el seguro de hogar, además de por responsabilidad, por obligación. Cuando suscribimos una hipoteca, la entidad bancaria ostenta unos intereses sobre la vivienda hasta que la hayamos acabado de pagar. (Ya hemos visto que el de incendios es, en realidad, el único seguro legalmente obligatorio al contratar una hipoteca).

Por ese motivo es habitual también que el banco nos obligue a contratar un seguro de hogar en el que el beneficiario, es decir, a quien le correspondería cobrar la indemnización



en caso de un siniestro grave, como un incendio, sea el propio banco por el importe que aun nos falte por amortizar del préstamo. Debe quedar claro que será el beneficiario por dicho importe, el restante para el pago de la hipoteca: el exceso, el resto a partir de dicha cantidad, debe ser entregado al propietario de la vivienda.

Desde aquí, sin embargo, los bancos han dado un paso más y han obligado en muchas ocasiones a contratar el seguro de hogar que cubra el préstamo con la propia entidad; es decir, nos han obligado a contratar y mantener el seguro con ellos mismos, con la aseguradora que ellos determinen, que suele pertenecer al propio grupo bancario o *conglomerado financiero*, constituyendo esta tendencia una verdadera fuente de lucro para las entidades bancarias.

Pues bien, queremos decir claramente ya desde el principio, que **en el caso de que una hipoteca obligue a la suscripción de un seguro de hogar, la misma alcanzará exclusivamente a la contratación de una póliza que cubra la vivienda y en la que figure la entidad bancaria como beneficiaria, pero nunca a que la póliza deba contratarse con el propio banco.** El consumidor conserva aquí su derecho a elegir qué póliza quiere contratar, con qué compañía y, en su caso, con qué mediador de seguros.

En el caso de que residamos en una vivienda alquilada, o si somos nosotros quienes alquilamos una vivienda a un tercero, no existe nada escrito respecto a la obligatoriedad o no de que haya que contratar un seguro de hogar. En estos casos será de obligado cumplimiento lo que las partes acuerden y estipulen en el contrato de arrendamiento.

Finalmente, existe también la opción de no contratar un seguro. En este caso estaríamos ante lo que se denomina *autoseguro*, lo cual viene suponer que en el caso de siniestro, ya sea leve o grave, el titular de la vivienda asume los gastos que supongan las reparaciones. Estas situaciones pueden ser

Los bancos han obligado en muchas ocasiones a los consumidores a contratar el seguro de hogar que cubra el préstamo con la propia entidad; es decir, nos han obligado a contratar y mantener el seguro con ellos mismos, con la aseguradora que ellos determinen, que suele pertenecer al propio grupo bancario o conglomerado financiero, constituyendo esta tendencia una verdadera fuente de lucro para las entidades bancarias.

desaconsejables ya que un siniestro como un incendio supone unos gastos muy cuantiosos como pueden ser cambiar de muebles, reponer los enseres perdidos, pintar la vivienda, alquilar otra casa durante las reparaciones, etc.

Seguro del hogar

El 75% de los hogares lo tienen

El País Vasco es donde más se contrata (88% de hogares)
Las riadas de 1983 despertaron la conciencia aseguradora vasca

Canarias es donde menos se contrata (62%)

Perfil del hogar asegurado: hogares de 2 adultos con 2 hijos

Los hogares emplazados en bloques de más de 10 viviendas son los que más se aseguran

* Fuente: El libro blanco del seguro. [UNESPA](#), 2016.

Además, si carecemos de seguro del hogar, en el caso de siniestros de fenómenos meteorológicos extraordinarios como un terremoto, una riada o unos vientos huracanados, que normalmente ampara el [Consorcio de Compensación de Seguros](#), no tendríamos cobertura, ya que la premisa para acceder a las indemnizaciones que otorga esta entidad en estas situaciones es la de tener contratada una póliza de hogar con carácter previo, póliza que lleva aparejado el correspondiente recargo a favor del consorcio para la cobertura de este tipo de eventualidades.

► I. EL SEGURO DE HOGAR: CONTINENTE, CONTENIDO Y RESPONSABILIDAD CIVIL

Una vez hayamos decidido que vamos a contratar un seguro de hogar, deberemos familiarizarnos con dos conceptos; **continente** y **contenido** ya que en torno a ellos pivotarán todas las garantías de la póliza que contratemos.



El *continente* es la suma asegurada que contrataremos en nuestro seguro de hogar referida al valor de la edificación de nuestra vivienda. El valor del inmueble no alude a su precio de compra ni al valor de mercado actual sino a su valor de reconstrucción. Para calcular este capital se deben tener en cuenta varios factores. Normalmente las aseguradoras facilitan un capital orientativo de este capital de *continente* a la hora de hacer una oferta de seguro de hogar. Este capital suele estar bastante ajustado a la realidad por lo que, en cualquier caso, debe valorarse detenidamente y desde una posición responsable la posibilidad de contratar un capital inferior al que proponga la aseguradora, no pareciendo recomendable, a priori, hacerlo: podría resultar que, tras estar años pagando el seguro, en caso de siniestro que destruyera

La garantía de responsabilidad civil vendría a cubrir los gastos generados por los daños que pudiésemos causar a un tercero, como en caso de una rotura de tubería de nuestra vivienda que causa humedades al vecino del piso inferior así como el cristal de un escaparate que haya roto nuestro hijo de un pelotazo.

la casa se nos ofreciera por la aseguradora una indemnización que, al ajustarse al valor asegurado, inferior al real, no nos permitiera reconstruirla.

Si contratásemos un continente inferior al real, en caso de siniestro podría producirse una situación denominada infra-seguro en la cual la aseguradora podría aplicarnos la regla proporcional que minoraría la indemnización en la misma proporción en la que la suma asegurada no se ajusta a la realidad. Por ello es muy importante que el *continente* y el *contenido* se encuentren correctamente valorados y contemplados en póliza.

El **contenido** es la suma asegurada que contrataremos en nuestro seguro de hogar referida al valor del ajuar doméstico y los enseres personales que tengamos en la vivienda; muebles, electrodomésticos, aparatos electrónicos, ropa y enseres personales, joyas, bicicletas y material deportivo, libros, discos, colecciones, etc. En este caso las aseguradoras no darán ninguna cifra orientativa dado que cada casa es un caso, y la cantidad y valor de enseres personales que acumulemos será de carácter personal. Por ello es importante que a la hora de contratar un seguro de hogar tengamos en cuenta todo lo que contempla esta suma asegurada e indiquemos una cifra prudente que ampare todos nuestros enseres.

Todas las garantías que contratemos en nuestro seguro de hogar, y que a continuación explicaremos, estarán referidas en todo momento a estas cantidades de continente y contenido estipuladas en la póliza. Sin embargo, existe una tercera magnitud a tener en cuenta, y que difiere de las anteriores, y que es el límite asegurado en la garantía de Responsabilidad Civil. En general la mayoría de aseguradoras suele incluir esta garantía en los seguros de hogar, que viene a amparar las reclamaciones que sufra el titular del contrato por los daños que haya podido causar la vivienda a un tercero así como alguna de las personas que residan en la vivienda asegurada.

Es decir, la garantía de responsabilidad civil vendría a cubrir los gastos generados por los daños que pudiese causar una rotura de tubería de nuestra vivienda al vecino del piso inferior así como el cristal de un escaparate que haya roto nuestro hijo de un pelotazo.

Generalmente las aseguradoras vienen a dar unos límites asegurados para esta garantía de entre 150.000€ y 600.000€ y suelen cubrirse también los gastos de Defensa Jurídica que en su caso se produzcan si la reclamación de los daños se produce por vía judicial, cubriéndose en este caso las fianzas, gastos de abogado, tasas judiciales, etc.



► I. EL SEGURO DE HOGAR: PRINCIPALES GARANTÍAS DE LOS SEGUROS DE HOGAR

En este apartado enunciaremos y explicaremos brevemente las principales garantías de los seguros de hogar que generalmente vienen recogidas en la póliza independientemente de la compañía con la que contratemos:

- Garantía de Incendio; Cubre todos los daños derivados de un incendio, tales como la reparación de los daños causados en el inmueble, la reposición de los bienes y enseres destruidos por el fuego así como los daños que haya generado el humo (pintura de las estancias no quemadas, etc.). Suele ampararse hasta el 100% del continente y el contenido contratados en la póliza y sin ..
- Garantía de Daños por Agua; Cubre los daños causados por agua derivados de roturas, atascos, fugas, etc. Cubre asimismo los gastos derivados de la localización de la avería. No cubre la reparación de las tuberías si las mismas presentan oxidación o falta de mantenimiento. Suele ampararse hasta el 100% del continente y el contenido contratados en la póliza y sin franquicia.
- Garantía de Robo; Cubre la indemnización por los bienes sustraídos en un robo perpetrado en la vivienda asegurada, así como los daños que los ladrones hayan causado al inmueble durante el robo así como a otros enseres que no hayan robado. Suele cubrirse también el atraco a quienes residan en la vivienda asegurada cuando se encuentren fuera de la misma. No quedan cubiertos los hurtos, entendiéndose por éstos las sustracciones perpetrados en un descuido o negligencia o bien donde no haya violencia sobre las cosas o las personas. Un ejemplo lo tendríamos en caso de pérdida de las llaves de la casa que permita que quien las encuentre las use a tal fin, o si dejamos la puerta abierta *un momento*, También sería discutible en caso de contar con una puerta acorazada a la que no se le echa la llave, tirando

Son muchas las garantías que cubrimos con nuestro seguro de hogar, pero también se contemplan exclusiones: conocer ambas es importante a la hora de reclamar en caso de sufrir un siniestro.



de la puerta al salir, de manera que solo quede protegida por el resbalón de la cerradura. El robo de joyas, dinero en efectivo y otros objetos de valor especial suele estar limitado a una cantidad máxima que se especifica en la póliza.

- Daños eléctricos; Cubren los daños a las instalaciones eléctricas y a los aparatos conectados a la red debido a fenómenos eléctricos extraordinarios, tales como subidas de tensión, caídas de suministro, arcos fotovoltaicos, etc.
- Daños estéticos; Cubren el extra que hay que asumir en una reparación tras un siniestro en la que es imposible reparar sin causar un perjuicio estético en la estancia; por ejemplo, cuando se rompe un lavabo antiguo es difícil encontrar el mismo modelo de lavabo por lo que cualquier otro que coloquemos causará un perjuicio estético al no ir a juego con



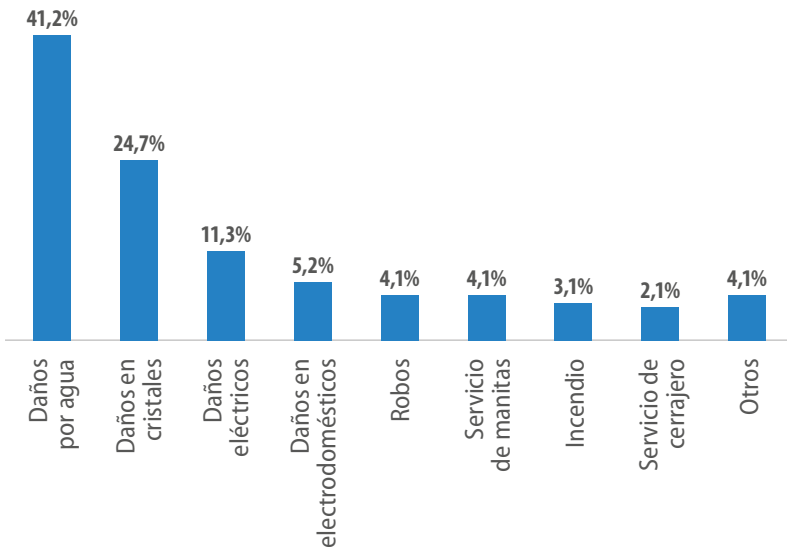
el resto de elementos de loza sanitaria (bidé, bañera, wáter, etc.). Esta garantía suele otorgar un capital limitado a 1.500€ o 3.000€ para reparar sin causar este perjuicio estético, que en este ejemplo serviría para cambiar, además del lavabo siniestrado el resto de elementos de loza.

- Rotura de Cristales: Cubre el coste de reposición de los cristales rotos accidentalmente, propios de la vivienda, como ventanas, cristales de puertas y, en su caso, de muebles. No cubre la rotura de lámparas, bombillas o tubos fluorescentes. Además de la reposición de la pieza está garantizada su colocación. Suele ampararse hasta el 100% del continente y el contenido contratados en la póliza y sin franquicia.

- **Rotura de mármoles, loza y vitrocerámicas;** En algunas pólizas las roturas de estos elementos quedan cubiertas en la garantía de Rotura de Cristales. En otras tienen su propia garantía aparte y los siniestros quedan limitados a un importe máximo por año, por ejemplo 3.000 o 6.000€.
- **Responsabilidad Civil;** Cubre las reclamaciones de terceros hacia los titulares de la vivienda asegurada por los daños causados por el inmueble o por quienes en él convivan. (por ejemplo, caída accidental de un tiesto colocado en la terraza, que causa daños en un vehículo aparcado debajo). Suele asegurarse hasta un límite de 150.000 o 300.000€ por siniestro y año.

A continuación se muestra un gráfico elaborado por *Asitur-focus*, Observatorio de Siniestros de la compañía prestadora de multiservicios Asitur, principal prestadora de servicios de asistencia de las aseguradoras españolas, referente a la cantidad y tipología de siniestros atendidos en 2016:

Tipo de partes realizados en 2016





► I. EL SEGURO DE HOGAR: DAÑOS CUBIERTOS, DAÑOS NO AMPARADOS Y EXCLUSIONES

En los seguros de hogar habrá que distinguir los supuestos **cubiertos** de los **excluidos** y de los **no asegurados**. Un seguro de hogar, a diferencia de lo que pudiese suceder en un seguro de auto no es una póliza a todo riesgo. Tras delimitar el valor de la vivienda en dos cantidades (continente y contenido) a continuación la aseguradora expondrá una serie de garantías, la mayoría de las cuales hemos enunciado en el apartado anterior. A partir de aquí todos los siniestros que sucedan en la vivienda estarán o no cubiertos dependiendo de cómo la dinámica de los mismos se ajuste a lo estipulado en el **Condicionado General** de la Póliza. Es decir, en el condicionado quedarán reflejados todos los supuestos de cobertura o no cobertura.

Cada una de las garantías anteriormente indicadas, contratadas en la póliza, tendrá su propio apartado en el Condicionado General del Contrato, en el que se enumerará detalladamente todos los supuestos que se cubren en el apartado “**Riesgos Cubiertos**” y todos los supuestos que se excluyen en el apartado “**Exclusiones**”.

Quedarán cubiertos todos los siniestros cuya dinámica se identifique con los supuestos que queden recogidos en el apartado de Condiciones Generales de la garantía en cuestión. Por ello, si en dicho condicionado figura recogido específicamente lo que nos ha sucedido, la aseguradora deberá dar cobertura a los daños causados y trámite para la reparación de los mismos. Por ejemplo, si sufrimos un pequeño incendio en nuestra cocina y acudimos al Condicionado General de nuestra póliza para ver qué se cubre en la garantía de incendio veremos que se indicará algo como lo que sigue; *“Quedarán cubiertos todos los daños causados por incendio, explosión, caída de rayo y otros eventos que produzcan la combustión con llama de los bienes asegurados...”* Por lo anterior cabe concluir que el incendio que hemos sufrido tendrá cobertura, es decir, los daños derivados del mismo le corresponderá repararlos a la aseguradora, dando cumplimiento al contrato de seguro. Por ello deberemos declarar el siniestro a la compañía, permitir que la misma evalúe los daños y que, finalmente, realice la propuesta de indemnización o reparación de los desperfectos.

Por el contrario, cabe indicar que todas las garantías de un contrato de seguro tienen una cara b denominada Exclusiones. Con este nombre, y a continuación de la definición de los riesgos cubiertos en cada una de las garantías, quedan detalladas en el Condicionado General todos los supuestos en los que la garantía contratada no es de aplicación, por constar así reflejado en la póliza y no mediar pacto expreso de las partes dirigido a que queden cubiertas. Cabe indicar aquí que, como cláusulas limitativas, las exclusiones deberán figurar en

Todas las garantías y coberturas de un contrato de seguro tienen una “cara b” denominada Exclusiones, que son todos los supuestos en los que la garantía contratada no es de aplicación, el riesgo no estaría cubierto y por tanto no obtendríamos reparación o indemnización.

Los daños no amparados, en último lugar, serán aquellos que no tendrán cobertura por no figurar recogidos en ninguna de las garantías contratadas, ni tampoco en las exclusiones.

el Condicionado General resaltadas en negrita y subrayadas. Por ello, deberemos prestar especial atención a las mismas en el momento de la contratación y repensar si a la vista de dichas exclusiones aun seguimos teniendo interés en suscribir la póliza. Por ejemplo; a causa de unas lluvias sufrimos una filtración desde la cubierta de nuestra casa que produce una humedad en el techo y la pared del salón. Acudimos a la póliza y en la garantía de *Daños Extensivos-Fenómenos Meteorológicos* encontramos que tienen cobertura las goteras y filtraciones derivadas de fenómenos meteorológicos **de carácter extraordinario**. Sin embargo, a la hora de declarar el siniestro a nuestra aseguradora ésta decide rehusar los daños debido a que los daños se han producido por unas lluvias que no han superado los 40 litros por metro cuadrado y por tanto no se consideran de carácter extraordinario. Estaríamos en este caso ante un supuesto de Exclusión, es decir, un hecho que a pesar de estar contemplado genéricamente en la garantía existe un añadido en el apartado de *Exclusiones* que limita los supuestos de aplicación de dicha garantía. No podemos por menos que encarecer de nuevo leer con atención todas las condiciones, analizando cada palabra, que no ha sido puesta de manera casual por la aseguradora.

Los **daños no amparados**, en último lugar, serán aquellos que no tendrán cobertura por no figurar recogidos en ninguna de las garantías contratadas, ni tampoco en las exclusiones. Como decíamos, los seguros de hogar no son *pólizas a todo riesgo* por lo que todo lo que cubran o excluyan deberá figurar recogido en sus garantías o exclusiones y lo que no figure en estas serán **riesgos no contratados**. Por ejemplo; durante las tareas de limpieza accidentalmente volcamos nuestro televisor cayendo este al suelo y produciéndose la rotura de la pantalla. Acudimos a nuestra póliza de seguro y no somos capaces de identificar la dinámica del siniestro en ninguna de las garantías contratadas; incendio, robo, daños por agua, daños eléctricos, etc. Llamamos a nuestra asegu-

radora para ampliar información, la cual nos indicará que se trata de un *daño accidental* no amparado en póliza y que, por tanto, carece de cobertura.

En resumen, en los seguros de hogar no todo está cubierto. Existe un gran número de eventos y supuestos que cuentan con cobertura y que en el caso de siniestro ponen en funcionamiento al contrato de seguro haciendo que quien asuma los costes de reparación de un suceso adverso o imprevisto sea la aseguradora y no nosotros. Sin embargo, **las aseguradoras delimitan en gran medida la cantidad de situaciones** a la que quieren verse expuestas por lo que además de las garantías contratadas habrá que atender a todas las exclusiones que todas ellas llevan aparejadas. Será importante a este respecto dos cosas; Consultar en el momento de la



contratación si las limitaciones de la póliza desmotivan nuestra intención de contratar un seguro de hogar y, en segundo lugar, acudir en el caso de siniestro al Condicionado General de la póliza para ver si lo que nos ha sucedido tiene cobertura, en cuyo caso deberemos poner en conocimiento de la aseguradora el siniestro con carácter inmediato exigiéndole que se haga cargo de la reparación de los daños o de la pérdida de los enseres siniestrados.

► IV. EL SEGURO DE HOGAR. CONSEJOS A LA HORA DE DECLARAR UN SINIESTRO

Cuando suframos un siniestro que creamos que pueda tener cobertura en nuestra póliza de seguro del hogar, debemos



ponerlo en conocimiento de la aseguradora a la mayor brevedad. Para ello podemos acudir a las oficinas de la propia aseguradora, al mediador a través del cual hemos suscrito el seguro o bien llamando directamente al teléfono que en la misma póliza se indique a tal efecto.

Comunicaremos entonces qué nos ha sucedido y cuál ha sido la dinámica y naturaleza del siniestro. Con aquello que expliquemos en el momento de declarar el siniestro, la aseguradora juzgará si lo que nos ha sucedido tiene cobertura, se trata de un riesgo no asegurado o bien, aún cabiendo dentro de la garantías contratadas, incurre en una de las exclusiones del contrato. En definitiva, la compañía decidirá si cubre o rehúsa el siniestro.

Si el resultado es el rehúse, significa que la aseguradora no se hará cargo de los daños causados por el siniestro y nos corresponderán a nosotros las reparaciones pertinentes. Para corroborar dicha decisión debemos acudir al Condicionado General de la póliza y leer detenidamente lo referente a la garantía que debiese amparar los daños sufridos en el siniestro así como las exclusiones que sean de aplicación para la garantía pertinente. De no ser acertado el dictamen de la aseguradora y no proceder el rehúse deberemos reclamar nuevamente la cobertura a la aseguradora contestando a la notificación de rehúse al mismo departamento. Ante una nueva negativa podremos acudir al [Servicio de atención al Asegurado](#), que explicaremos en otro apartado, donde podremos nuevamente aducir nuestros argumentos y solicitar la aseguradora que se haga cargo de los daños derivados del siniestro. También resulta recomendable en este punto acudir a una Asociación de Consumidores, como [ADICAE](#), para que examinen la póliza y nos proporcionen criterio fundado acerca de si debe considerarse, o no, amparado el siniestro por el seguro que tengamos contratado.

Cuando suframos un siniestro que creamos que pueda tener cobertura en nuestra póliza de seguro del hogar, debemos ponerlo en conocimiento de la aseguradora a la mayor brevedad, explicando con el máximo detalle las causas del siniestro y los daños sufridos.

Si por el contrario, la aseguradora decide aceptar el siniestro y correr con los gastos derivados del mismo, lo primero que querrá será cuantificarlos así como conocer su origen. En función de la gravedad de los daños, dichas averiguaciones podrán llevarse a cabo con nuestra sola colaboración o bien a través de un perito u otros técnicos y profesionales. Por ejemplo, para un siniestro de escasa cuantía, como la rotura de un cristal de nuestra mesa-camilla, la aseguradora nos pedirá que le enviemos una fotografía del cristal roto. Con esto evidenciará que se ha producido el siniestro y nos ofrecerá reembolsar los gastos de reposición de un nuevo cristal o bien enviarnos un cristalero para colocar uno nuevo. Si por el contrario estamos ante un siniestro de elevada cuantía, como un robo en nuestra vivienda donde se han llevado todas las joyas y una serie de equipos informáticos, la aseguradora querrá conocer de manera más detallada cómo se ha producido el siniestro y elaborar un inventario de los bienes sustraídos que va a tener que indemnizar.

El perito es un profesional del ámbito asegurador externo e independiente de la compañía aseguradora, que elaborará el preceptivo informe donde evaluará la naturaleza del siniestro y cuantificará los daños que deba indemnizar la parte responsable, en este caso la aseguradora.

El **perito** es un profesional del ámbito asegurador externo e independiente a la compañía, aunque nos lo enviará ésta además de correr con los gastos de sus honorarios. Elaborará el preceptivo informe donde evaluará la naturaleza del siniestro y cuantificará los daños que deba indemnizar la parte responsable, en este caso la aseguradora. Nuestra obligación será la de facilitar la labor pericial, permitiendo el acceso a las estancias y enseres donde se ha producido el siniestro, facilitando documentación relativa a los bienes siniestrados tales como facturas, presupuestos de reparación, fotografías que demuestren su existencia previa y que eran de nuestra propiedad, etc. Del mismo modo, es recomendable conservar todos los enseres dañados hasta la finalización de la tramitación del expediente de siniestro dado que es posible que el perito, la compañía o nosotros mismos por motivos distintos, deseemos evaluar nuevamente los objetos siniestrados.

En caso de discrepancia con el valor de indemnización fijado por la aseguradora en base al dictamen del perito, podemos designar un perito para que efectúe otro informe, pero excepto en el caso de alguna aseguradora puntual, deberemos costear sus honorarios; de no ponerse de acuerdo ambos peritos, tenemos la posibilidad de que se designe un tercer perito, que deberemos costear por mitades con la aseguradora.

En resumen, el seguro de hogar puede ser un buen aliado para evitar una quiebra patrimonial en el caso de sufrir un incendio u otros eventos que provoquen un grave daño a nuestra vivienda y los enseres que en la misma conservamos, siempre y cuando sus coberturas y exclusiones se adapten a nuestras expectativas, a las necesidades para las que lo contratamos, para lo que será necesario, a la hora de la contrata-



ción, adoptar una decisión plenamente informada, conocer perfectamente lo que cubre, y lo que no, el seguro que nos proponen.

Si además tenemos obligación de contratarlo porque así nos lo exige el banco con quien tenemos nuestra hipoteca debemos saber que la obligación alcanza a tener un seguro contratado, no a que el seguro debamos contratarlo con este banco. En último lugar, debemos tener claro que las pólizas de hogar no son *seguros a todo riesgo* y que en el caso de sufrir un daño que pensásemos que debiera amparar nuestro seguro deberemos acudir al Condicionado General, donde se especificarán las garantías cubiertas, sus exclusiones y los riesgos no asegurados. En caso de una interpretación inexacta del siniestro por parte de la compañía o de un rehúse injustificado, podremos dirigirnos a una Asociación de Consumidores y, en su caso, deberemos reclamar la cobertura de los daños sufridos para lo cual contaremos con una última instancia denominada [Servicio de Atención al Asegurado](#).

► II. EL SEGURO DE SALUD: SENTIDO, NECESIDAD U OBLIGATORIEDAD DE CONTRATAR UN SEGURO DE SALUD

El Seguro de Salud no es obligatorio en ningún caso. En España, nuestro sistema de Seguridad Social es universal, nos provee a todos de la asistencia sanitaria que podamos necesitar a lo largo de nuestra vida

El Seguro de Salud no es obligatorio en ningún caso. En España, nuestro sistema de Seguridad Social nos provee de la asistencia sanitaria que podamos necesitar a lo largo de nuestra vida y que se financia por las cotizaciones de la población activa. Se trata de un sistema universal y gratuito, por lo que, a priori, nadie queda excluido de las prestaciones de asistencia sanitaria que necesite.

No obstante, y por diversas razones, como pueden ser el hecho de poder ocupar una habitación individual en caso de hospitalización o la libre elección de facultativo, o elección dentro de un cuadro facilitado por la aseguradora según casos o, entre otras, muchas personas acaban suscribiendo un



Seguro de Salud Privado. Lo cierto es que casi una cuarta parte de la población española cuenta con este tipo de cobertura de asistencia sanitaria mediante un Seguro de Salud. En muchos casos formarán parte de algún grupo que tras una negociación o acuerdo haya suscrito una póliza colectiva de salud, como es el caso de los funcionarios ([MUFACE](#)), personal miembro de los cuerpos y fuerzas de seguridad el estado ([ISFAS](#)) y otros colectivos de trabajadores del ámbito público. En estos casos, el seguro de salud no es complementario, sino sustitutivo del sistema público de salud, en virtud de pactos alcanzados por la Administración con las aseguradoras.

También en la empresa privada es bastante común que las empresas, como un mecanismo de fidelización o bien como una vía de retribución en especie, pongan a disposición de sus trabajadores la posibilidad de contratar un Seguro de Salud.



Sea por el motivo que sea, la contratación de un Seguro de Salud debe entenderse como un instrumento complementario al sistema sanitario público (excepto en el caso de determinados funcionarios, según hemos visto); es decir, el hecho de contratar un seguro de salud ni nos exime de pagar nuestras correspondientes cuotas a la Seguridad Social, ni nos imposibilita para que accedamos al sistema público de asistencia sanitaria.

Seguro de salud

El 20% de la población española tiene seguro de salud, esto supone en torno a 10,5 millones de personas

Madrid es la ciudad española donde hay más personas con seguro de salud (34%)

Cantabria es la comunidad autónoma donde hay menos personas con seguro de salud (9%)

Perfil del asegurado: hogares de 2 adultos con 3 hijos

Los funcionarios públicos en España pueden elegir, para su asistencia sanitaria, sanidad pública o seguro privado: 8 de cada 10 funcionarios escogen el seguro privado

Los costes de la atención sanitaria en 2015: 5.957 millones de euros

* Fuente: El libro blanco del seguro. [UNESPA](#), 2016.

▶ II. EL SEGURO DE SALUD: DIFERENCIAS ENTRE SEGUROS DE SALUD

No todos los Seguros de Salud son iguales, ni cubren lo mismo, ni tienen el mismo precio. Esta evidencia lógica hay que complementarla con una sistematización de los seguros de salud, a pesar de su variedad, buscando sus aspectos compartidos para que nos sea posible comparar qué póliza se ajusta más a nuestras necesidades.

¿Qué me cubre? ¿Quién me atiende? ¿Cuánto me va a costar? Son las tres preguntas principales que nos permitirán esta sistematización. Para ello, debemos clarificar previamente cuál es el circuito sanitario (ahora lo analizamos) por el que, como pacientes, transitamos para la atención y curación de una dolencia. Ya que en función de la gravedad de la misma abandonaremos antes este circuito, al habernos curado, o bien permaneceremos en él convalecientes. Ordenémoslo:

1. Asistencia Primaria; Medicina General, Consultas, Pediatría, etc.
2. Consultas con Especialistas; Oculista, Traumatólogo, Cardiólogo, etc.
3. Pruebas Diagnósticas; Radiografías, Electro, TAC, Resonancia, etc.
4. Cirugía; Intervenciones de cirugía mayor o menor.
5. Hospitalización.

Además de lo anterior, existen otros actos o servicios médicos o relacionados con la salud que no pueden encuadrarse dentro de este circuito, como pueden ser los traslados medicalizados (ambulancia), las urgencias, las medicinas, los tratamientos odontológicos, etc. y que cada póliza de seguro decidirá si cubre o excluye.

Los Seguros de Salud quedan circunscritos a este esquema sanitario y sus pólizas cubrirán más o menos los ámbitos de este circuito, a través de unos u otros profesionales y con la participación o no del coste del acto o servicio médico junto con el asegurado (gasto compartido o copago).

Podemos categorizar los seguros de salud en base a los siguientes tres binomios:

1. Seguros de Salud Extra-hospitalarios frente a Seguros de Salud Completos:

Los **Seguros Extrahospitalarios** tienen una cobertura limitada a (1) *Medicina Primaria*, (2) *Especialistas* y (3) *Pruebas Diagnósticas*. Quedarían excluidos de este tipo de seguros las cirugías y las hospitalizaciones, es decir, los tratamientos hospitalarios. Suelen ser seguros más económicos ya que no asumen la parte más costosa de los servicios sanitarios. Los **Seguros Completos**, además de (1), (2) y (3) amparan tanto (4) las *cirugías* como (5) las *hospitalizaciones*. Son por ello pólizas más caras,



pero a su vez otorgan una cobertura global sobre la asistencia sanitaria que como particulares podamos necesitar.

2. Seguros de Cuadro Médico frente a Seguros de Reembolso:

Una vez ya conocemos hasta dónde nos cubre nuestra póliza, debemos saber quién o quienes nos van a prestar dichos actos o servicios médicos. La premisa en los Seguros de Salud es que el Asegurado siempre puede elegir a su médico, ahora bien, en algunos casos, podrá elegir entre una serie más o menos amplia de centros y profesionales concertados con la aseguradora, y en otros, acudirá al facultativo que elija independientemente de si este tiene o no concierto con su aseguradora.

En el primero de los casos hablamos de **Seguros de Salud de Cuadro Médico**; En esta modalidad el asegurado elige entre los Centros y Facultativos que previamente su aseguradora mantiene concertados dentro de lo que se denomina como el Cuadro o Guía Médica. Por tanto, en esta clase de seguros de cuadro médico, si quiero acudir al traumatólogo tendré en primer lugar que ver qué traumatólogos tiene concertados mi aseguradora y, posteriormente, pedir cita con este.

En el segundo caso, hablamos de los **Seguros de Salud de Reembolso**, en estos también se suele contar con un cuadro médico de Centros y facultativos concertados. Sin embargo, si el asegurado desea acudir a un médico que no se encuentra concertado con su aseguradora, o bien, que no trabaja para ninguna aseguradora, podrá hacerlo abonando la correspondiente factura por la consulta prestada y, posteriormente, la aseguradora le reintegrará el importe de la misma deduciendo una pequeña franquicia, normalmente en torno al 10 o el 20%. En definitiva, en los seguros de reembolso acudimos al médico que deseemos a cambio de un copago, es decir, hemos de pagar parte de la retribución por los servicios del facultativo. No obstante, si el mismo se encuentra concertado dentro del cuadro médico de la compañía no deberemos abonar nada, si por el contrario no se encuentra concertado pagaremos la factura y posteriormente le solicitaremos a nuestra aseguradora que nos la reembolse, con la limitación que ya hemos comentado.

Lógicamente, los seguros de cuadro médico son más económicos y están más extendidos ya que, en general, los conciertos de las aseguradoras se encuentran bastante actualizados buscando calidad y cantidad dado que el cuadro médico es quizá el principal motivo para que el cliente se decida entre una u otra aseguradora. Asimismo, los Seguros de Reembolso son más caros y normalmente se contratan por parte de personas con alto poder adquisitivo buscando tener cubiertos, en caso de que se precise, tratamientos en el extranjero

ya que esta clase de seguros de reembolso suelen ser de ámbito internacional.

3. Seguros con Copago vs. Seguros sin Copago

El **Copago** es la última nota que definirá nuestro seguro de salud. Supone la parte fija que debe pagar el asegurado por cada acto o servicio médico que le sea prestado a través de su Seguro de Salud. Normalmente, será una cuantía menor, por ejemplo 5 €, para actos de escasa relevancia como consultas médicas, o bien, cuantías más elevadas para aquellos actos de mayor entidad, por ejemplo 90 € para una *resonancia magnética*. Esta modalidad en la que el coste del servicio es repartido por el asegurado y la aseguradora se denomina Copago, siendo estos los llamados **Seguros con Copago**. En



contraposición, se encuentran los **Seguros sin Copago** que son aquellos en los que el asegurado paga exclusivamente la prima que corresponda por el seguro, que en función de la forma de pago escogida será mensual, trimestral, semestral o anual. Es decir, no abonará ninguna cantidad cuando acuda a consultas o bien cuando se realice una prueba diagnóstica o cualquier otro acto médico requerido.

Como es lógico, los Seguros Con Copago son más económicos que los Seguros Sin Copago. Hay que tener mucho cuidado a la hora de elegir un Seguro Con Copago y cerciorarse previamente de qué cuantías tendremos que abonar en cada caso ya que en algunas pólizas pueden llegar a producirse abusos en este aspecto al imponer unos copagos de importe similar o superior a lo que costaría el propio acto o servi-



cio que se nos vaya a prestar. De elegir, por tanto, un Seguro Con Copago recomendamos encarecidamente consultar previamente todos los importes que corresponderá abonar por cada acto o servicio, decidiendo la conveniencia de la contratación, o no, en función de la información recibida, nuestras circunstancias de salud y económicas, entre otras, y conveniencias.

El mejor seguro no es siempre el más caro sino el que mejor se adecúa a nuestras necesidades.

Así pues, los Seguros de Salud pueden identificar características comunes en todas las aseguradoras, que a su vez pueden sistematizarse en las seis categorías contrapuestas que ya hemos comentado:

Seguros Extrahospitalarios vs. Seguros Completos,

Seguros de Cuadro Médico vs. Seguros de Reembolso

Seguros Con Copago vs. Seguros Sin Copago.

Las aseguradoras combinarán estas características y ofrecerán una gama de productos para todos los bolsillos. Como es lógico un Seguro Extrahospitalario, de Cuadro Médico y Con Copago será más barato que un Seguro Completo, de Reembolso y Sin Copago.

El mejor seguro no es siempre el más caro sino el que mejor se adecúa a nuestras necesidades; en caso de que queramos contratar un seguro de salud, por ejemplo, si vivimos en una ciudad mediana con una oferta amplia de asistencia sanitaria privada y nuestra compañía aseguradora cuenta con un cuadro médico amplio quizá no sea necesario recurrir a un seguro de reembolso para poder contar con todas las especialidades médicas cerca de nuestro domicilio. Del mismo motivo, si vivimos en un pueblo pequeño y no utilizaremos el seguro médico más que para asuntos de gravedad una opción con copago podría no perjudicarnos y además permitirnos pagar una prima más económica. Como veremos más adelante, también habrá que atender al tipo de tarifa que se aplique.



► II. EL SEGURO DE SALUD. PRINCIPALES TARIFAS EN LOS SEGUROS DE SALUD

Un seguro de Salud es una decisión a largo plazo. Cuando se decide contratar una póliza y llevar nuestros asuntos médicos a través de la prestación privada lo normal será que esta decisión dure en el tiempo. Por ello será muy importante conocer **qué tipo de tarifas existen en los seguros de salud** y cuál vamos a contratar nosotros para saber no sólo lo que nos costará nuestro seguro hoy sino también cuánto nos costará mañana y si podremos pagarlo.

El principal factor que sirve como base de cálculo del precio de los Seguros de Salud es la edad del asegurado (no está permitido ya discriminar por sexo, como ocurría en otros tiempos). Además también influirá la localidad donde resida

el asegurado. Los Seguros de Salud suelen contratarse mediante pólizas familiares; las aseguradoras incentivan la contratación de varios asegurados dentro de la misma póliza con distintos descuentos y promociones, del mismo modo que tratan de evitar pólizas con un único asegurado mediante recargos. Cada persona que se encuentre asegurada en la póliza contará con su propia tarifa en función de su edad, y la suma de todas ellas será el coste anual que deberá pagarse por el seguro.

Tomando como base de cálculo la edad del asegurado las Aseguradoras trabajan con las siguientes tarifas:

TARIFA NATURAL; Es aquella que incrementa año a año el coste de nuestro seguro. En esta opción, este año pagaremos un poco más que el año pasado pero un poco menos que el año que viene

TARIFA SEMINATURAL; Es aquella que incrementa cada cinco o diez años el coste. De este modo, pagamos lo mismo de los 30 a los 35, pero el año que cumplimos 36 se produce un fuerte incremento y así sucederá con todos los tramos de edad estipulados en la póliza.

TARIFA MIXTA; Es aquella que incrementa año a año el coste hasta alcanzar una edad en concreto, por ejemplo 70 años, en la que a partir de entonces seguiremos pagando siempre lo mismo.

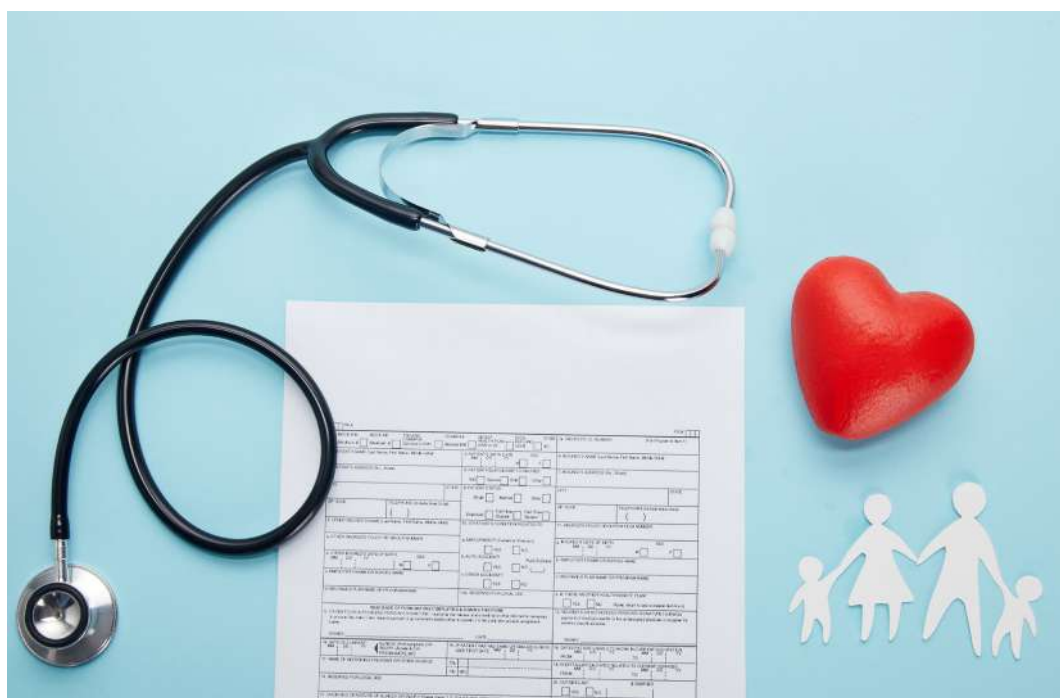
TARIFA NIVELADA; Es aquella que mantiene la tarifa de la edad de contratación de la póliza, incrementando solamente el IPC sanitario y los impuestos recurrentes, pero sin aumentar el coste del seguro con los años.

A la hora de contratar una póliza y tener que escoger entre varias ofertas de compañías distintas será muy importante conocer cuál va a ser la tarifa que soporta el cálculo de la prima anual año a año del seguro ya que las diferencias entre unas y otras pueden ser importantes con el paso de los años.

Los Seguros de Salud suelen contratarse mediante pólizas familiares; las aseguradoras incentivan la contratación de varios asegurados dentro de la misma póliza con distintos descuentos y promociones.

En muchas ocasiones el cliente acude al reclamo del porcentaje de descuento o de los *meses gratis* de las Aseguradoras y acaba escogiendo una tarifa que no le interesa.

Es importante escoger una tarifa adecuada y que podamos pagar el día de mañana más aun si cabe debido a que conforme vayamos cumpliendo años nuestro historial médico irá acumulando dolencias, enfermedades y otros achaques. Todo ello nos hará más difícil poder cambiar de aseguradora ya que a la hora de contratar siempre querrán conocer nuestro estado de salud, como veremos en el siguiente apartado. Por ello, cuando contratemos un Seguro de Salud debemos pensar que será para toda la vida por lo que habrá que hacer una **compra racional y responsable** evitando promociones, descuentos, regalos y otros ganchos propios de las compañías aseguradoras.



▶ II. EL SEGURO DE SALUD: LIMITACIONES; EXCLUSIONES, PREEXISTENCIAS Y TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

El Seguro de Salud tiene una normativa de suscripción muy estricta. Cuando vayamos a contratar una póliza la aseguradora querrá conocer de antemano cuál es el estado de salud de la persona que desea asegurarse. Mediante la **Solicitud de seguro** el particular se ofrece a la aseguradora para la contratación de una póliza de salud, a lo que la compañía responderá solicitando información acerca de las dolencias y patologías previas que el asegurado pudiese sufrir.

Deberemos, por tanto, cumplimentar la denominada **Declaración de salud** en la cual se informa, mediante un test, de todos estos datos, y que será vinculante en el futuro contrato ya que las inexactitudes u omisiones habidas en esta solicitud podrán tener consecuencias, como la negativa a prestar un tratamiento, en el futuro cuando requiramos los servicios médicos que el seguro de salud ofrece, por ello es muy recomendable leer detenidamente esta *declaración de salud* cumplimentándola de manera adecuada y fiel a la realidad de aquello que se nos pregunte.

Si en dicha *declaración de salud* se indica una dolencia previa la aseguradora querrá saber más, por lo que será posible que solicite informes y documentación respecto de la misma. Igualmente, la *declaración de salud* puede complementarse a solicitud de la compañía aseguradora con análisis clínicos o incluso un reconocimiento médico, si así lo considera oportuno la aseguradora. En el caso de que deseemos contratar el seguro deberemos pasar por este trámite.

Aun habiendo llegado hasta el final de todas aquellas pruebas, informes y documentación requerida por la aseguradora esta puede, en el último momento, declinar asegurarnos o bien hacerlo con una serie de restricciones, que veremos a

Cuando vayamos a contratar una póliza la aseguradora querrá conocer de antemano cuál es el estado de salud de la persona que desea asegurarse

Una vez contratado el seguro habrá que tener en cuenta que no todo está cubierto, pueden existir limitaciones respecto a qué centros o facultativos podemos acudir (cuadro médico) o bien qué tipología de actos o servicios médicos no quedan garantizados, cubiertos por el seguro, además existen determinadas limitaciones, que restringen la cobertura del seguro contratado. Por ejemplo, el seguro de salud dental suele ser independiente y complementario al seguro sanitario, este no le suele incluir.

continuación. Es decir, es la compañía quien ostenta la última palabra hasta la contratación de la póliza.

Una vez contratado el seguro habrá que tener en cuenta que no todo está cubierto. Como veíamos al abordar las distintas modalidades de seguros de salud, pueden existir limitaciones respecto a qué centros o facultativos podemos acudir (cuadro médico) o bien qué tipología de actos o servicios médicos no quedan garantizados (Seguros Extrahospitalarios). Además de ello, existen determinadas limitaciones, que restringen la cobertura del seguro contratado y que pueden consultarse tanto previamente a la suscripción de la póliza como tras su contratación en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Entre estas limitaciones habrá que conocer las **Exclusiones**, las **Preexistencias**, las **Carencias** y los **Tratamientos no cubiertos**.

En cuanto a las **Exclusiones** hay que atenerse a su sentido literal; al igual que cualquier garantía de cualquier otro ramo de seguro se prescribe aquellos hechos o situaciones que cuentan con cobertura (riesgos cubiertos) y aquellos otros que no corresponde (exclusiones). Por ejemplo, en un seguro de salud quedan amparadas todas las cirugías derivadas de una fractura ósea. Sin embargo, la compañía decide excluir todas aquellos actos o servicios médicos derivados de accidentes sufridos durante la práctica de deportes de riesgo, como el motociclismo. Se dice entonces que la práctica de motociclismo es una *exclusión* y, por tanto, todo lo que sanitariamente se derive de la práctica de dicha modalidad deportiva no quedará amparado en la póliza.

Las **Preexistencias** refieren a las dolencias y patologías previas que han sido evidenciadas en la contratación de la póliza. Durante la declaración de salud así como en la documentación o actos que nos haya requerido a aseguradora (análisis, reconocimiento médico, etc.) han podido salir a la luz enfermedades o dolencias que hemos sufrido así como



cirugías que nos ha sido practicadas con anterioridad. Todo ello se denominan *preexistencias*. Una vez identificadas estas *preexistencias*, la aseguradora puede, como veíamos, declinar asegurarnos pero también puede, y es bastante común, asegurarnos excluyendo todo acto o servicio médico derivado de estas preexistencias declaradas. Por ejemplo, si hace cinco años sufrí un desprendimiento de córnea en mi ojo derecho (esta sería la preexistencia) a la hora de contratar un seguro de salud la compañía decide asegurarme excluyendo todos los actos, servicios o tratamientos que puedan requerirse en relación a mi ojo derecho, o bien podría también decidir asegurarme excluyendo de cobertura todos aquellos actos de la especialidad de oftalmología.

Es por lo anterior por lo que decíamos más arriba que cuando decidamos contratar un seguro de salud debemos pensar que ha de ser para toda la vida ya que a medida que vayamos cumpliendo años iremos acumulando *preexistencias* y seremos unos clientes menos apetecibles para las compañías aseguradoras.

Las **Carencias**, en tercer lugar, son una limitación propia del contrato pero que responden simplemente a un periodo temporal concreto desde la contratación de la póliza en el que algunas coberturas o actos quedan excluidos. Transcurrido el plazo indicado en el contrato como de carencia la garantía no contaría con ninguna limitación. A la hora de contratar un seguro es habitual que encontremos carencias de seis meses en los medios de diagnósticos complejos, como una resonancia magnética. Esto significa que hasta que no



hayan transcurrido seis meses desde que contratamos nuestra aseguradora no nos autorizará llevar a cabo esta prueba. También son muy comunes las carencias para embarazo y parto, que suelen ser de un año. Con ello las aseguradoras evitan la contratación de la póliza cuando el siniestro, es decir, el hecho o acto que motivaría el desembolso económico por parte de la aseguradora (el parto, la cirugía, el tratamiento) son probables o conocidos e inmediatos.

Finalmente, los **Tratamientos no cubiertos** refieren a actos y servicios médicos que por algún motivo no quedan incorporados entre todos aquellos que la aseguradora se compromete a prestar, debido al elevado coste que puedan conllevar los mismos o por otros motivos distintos. Es habitual que las aseguradoras declaren como *tratamientos no cubiertos* especialidades médicas como la psicología o la odontología (derivando para esto al cliente a la suscripción de otra póliza de *seguro dental*), o en su caso, especialidades no reconocidas oficialmente como la homeopatía. También suelen quedar no cubiertos los tratamientos experimentales así como, en general, todas aquellas novedades médicas hasta que no transcurran un par de años y se normalice su práctica, como la cirugía correctiva permanente de la miopía.

Las Carencias, son una limitación propia del contrato pero que responden simplemente a un periodo temporal concreto desde la contratación de la póliza en el que algunas coberturas o actos quedan excluidos (por ejemplo, es común fijar una carencia por embarazo de unos diez meses, para que la aseguradora cuente con la seguridad de que la asegurada no estaba embarazada previamente al momento de la contratación

► II. EL SEGURO DE SALUD: CONSEJOS A LA HORA DE CONTRATAR UN SEGURO DE SALUD

Finalizaremos este apartado recordando y sistematizando una serie de aspectos fundamentales de los seguros de salud, que ya hemos visto en los puntos anteriores, y que transformamos en buenos consejos a tener en cuenta a la hora de contratar un seguro de salud:

Menos regalos y más claridad en la tarifa; Como veíamos es muy importante conocer qué tipo de tarifa es la que lleva aparejada el Seguro de Salud que estamos valorando contratar. Por ello es importante solicitar que se nos informe de la

Deberemos pensar en primer lugar qué uso vamos a darle a nuestro seguro de salud, cuáles son nuestras necesidades, y buscar entre las alternativas aquellas opciones que mejor se ajusten a ellas.

evolución del precio de la póliza año a año para saber, además de lo que cuesta hoy, cuánto costará dentro de unos años y poder calcular si podremos o nos convendrá seguir pagándolo.

Si contratas... como si fuese para toda la vida; Es complicado cambiar de seguro de salud ya que con los años iremos acumulando *preexistencias* que nos harán cliente menos apetecibles para el resto de aseguradoras. Por ello será muy importante contratar desde el principio un buen seguro de salud.

Lo fundamental, el cuadro médico; Hay que pensar que al final nuestro seguro de salud se va a traducir en la atención de los médicos que vayan a tratarnos. Por ello es importante conocer qué cuadro médico tiene la compañía con la que estamos pensando contratar así como que sea completo; que tenga un buen pediatra, ginecólogo, etc, que disponga de un hospital con urgencias cerca de mi domicilio, etc.

Honestidad ante todo; De igual manera que debemos solicitar y obtener sin ninguna limitación toda la información relativa al seguro que nos proponemos contratar, a la hora de realizar la declaración de salud es recomendable declarar absolutamente todo lo que conozcamos, aunque pensemos que sea irrelevante o haga ya muchos años de ello. Las preexistencias no declaradas pueden conllevar en el futuro reducciones de cobertura u otras exclusiones.

Productos adecuados; Existe una infinidad de modalidades y productos de seguros de salud. Es fácil perderse. Debemos pensar en primer lugar qué uso vamos a darle a nuestro seguro de salud, cuáles son nuestras necesidades, y, a continuación, buscar entre las alternativas aquellas opciones que mejor se ajusten a ellas. Como decíamos, no todo el mundo necesita un seguro de reembolso de gastos en el extranjero. Del mismo modo, a alguien que viva en una zona rural con escasas opciones de cuadro médico puede interesarle con-

tratar un seguro más económico optando por un producto con copago, o incluso no contratar ningún seguro complementario a la Seguridad Social, siempre y cuando el Sistema Nacional de Salud cubra nuestras potenciales necesidades en el ámbito geográfico en que se encuentre.

► III. EL SEGURO DE AUTOS. SEGURO OBLIGATORIO DE AUTOS Y OTRAS MODALIDADES DE CONTRATACIÓN (PULSAR PARA VIDEO)

El seguro de autos es quizá el más conocido, extendido y contratado de cuantos ramos de seguro existen. Esto es así ya que se trata de **un seguro obligatorio**. Es decir, según el [Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que](#)





se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, todo vehículo a motor debe estar asegurado, contando con una garantía de **Responsabilidad Civil Obligatoria** de 70.000.000€ para daños personales y 15.000.000€ para daños materiales en caso de siniestro.

Esta garantía , denominada Responsabilidad Civil Obligatoria, es exigible a todos los propietarios de vehículos a motor, que son quienes se encuentran obligados a la contratación del seguro. Aun no circulando el vehículo, debe estar asegurado y estará sujeto el propietario de dicho vehículo en desuso a una sanción en el caso de que no cuente con seguro.

Como veremos más adelante, la de Responsabilidad Civil Obligatoria viene a complementarse con otras garantías creando las compañías *paks* aseguradores más conocidos por

los usuarios; seguro a todo riesgo, seguro completo, seguro de terceros, etc. Veamos, por tanto las principales garantías.

Seguro del automóvil

Es el más contratado: un 80% de los hogares lo tienen

Extremadura, donde más se contrata (86% de hogares)

Madrid, donde menos se contrata (78%)

Perfil del hogar asegurado: hogares de 2 adultos y con 2 niños

Defensa jurídica y reclamación de daños son las coberturas más contratadas (la responsabilidad civil es obligatoria)

Cada año se producen más de 10 millones de incidencias, entre reparaciones e indemnizaciones

Los principales costes derivados de los accidentes de tráfico en 2015:

- 3.507 millones de euros en reparaciones
- 1.877 millones de euros en indemnizaciones por daños corporales

* Fuente: El libro blanco del seguro. [UNESPA](#), 2016.

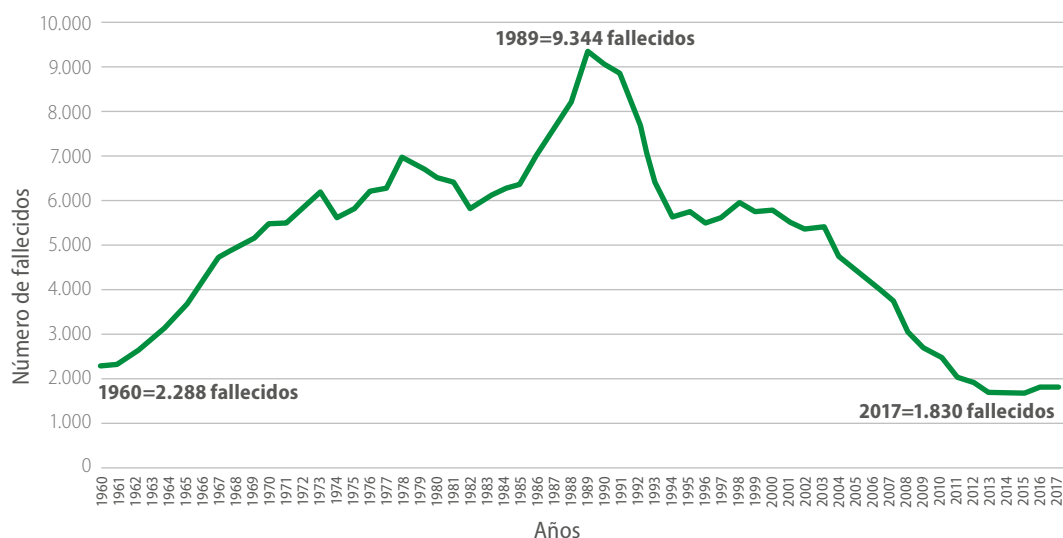
▶ III. EL SEGURO DE AUTOS. PRINCIPALES GARANTÍAS DE LOS SEGUROS DE AUTOS

Responsabilidad civil obligatoria y voluntaria

La garantía principal del seguro de autos es la de **Responsabilidad Civil Obligatoria**, que ampara hasta 70.000.000€ para daños personales y 15.000.000€ para daños materiales en caso de siniestro. Es decir, si con nuestro vehículo causamos un accidente del que somos culpable nuestra aseguradora estará obligada a abonar las indemnizaciones que corresponda a los perjudicados hasta dichas cantidades. Es esta garantía a lo único que obliga la Ley, y de donde se desprende que este seguro es obligatorio. Todas las demás garantías

que a continuación expliquemos no serán obligatorias sino de carácter voluntario.

Las aseguradoras suelen complementar estos límites de 70.000.000€ para daños personales y 15.000.000€ para daños materiales, aumentándolos en caso de siniestro, lo cual se conoce como garantía de **Responsabilidad Civil Voluntaria**.



Fuente: *Las principales cifras de siniestralidad vial. España 2017*. DGT

Garantía de robo

En segundo lugar la garantía de Robo viene a cubrir, en el caso de que se decida contratarla, los daños causados al vehículo durante un robo así como el robo mismo del vehículo. Es decir, si los ladrones finalmente consiguen llevarse el vehículo nuestra póliza cubrirá dicha sustracción indemnizándonos por el valor del vehículo. Para ello deberemos denunciar este hecho ante la autoridad competente, ya que estamos obligados a ello dado que se trata de un delito. Las pólizas de seguros de auto, en su apartado relativo a la garantía de robo vienen a exponer todas aquellas situaciones relacionadas con la sustracción del vehículo delimitándose en ellas lo que corres-

ponde pagar a la aseguradora y bajo qué supuestos, como es el caso de la recuperación del vehículo.

Como decíamos, la garantía de robo cubre la sustracción nuestro vehículo. ¿Qué sucede si transcurridos unos días, y habiendo ya cobrado nosotros la indemnización, la policía encuentra nuestro vehículo? En estos casos habrá que acudir a nuestra póliza de autos, donde se explicará cómo actúa el seguro en caso de **recuperación del vehículo** tras el robo. Lo habitual será que estemos obligados a recibir el vehículo, es decir a quedarnos con él y devolver la indemnización, si el mismo aparece en un plazo de tiempo corto, por ejemplo un mes. Si ello sucede deberemos devolver la indemnización y quedarnos con nuestro vehículo. Por otra parte, también es bastante común en las pólizas de auto que si la aparición del vehículo se produce transcurrido un tiempo, por ejemplo, también un mes, podamos elegir si queremos recuperar el vehículo y devolver la indemnización o bien mantener la indemnización. Es decir, en este segundo caso seremos nosotros quienes podamos elegir qué hacer.

La garantía de robo también ampara los daños que sufra el vehículo durante el robo; si el mismo aparece dentro del periodo determinado y recuperamos nuestro coche pero con serios desperfectos en su interior, la garantía de robo también amparará la reparación de los mismos. También la garantía de robo se extiende a cubrir los desperfectos que sufra el vehículo en caso de intento de robo, aun sin que el mismo se llegue a producir, como por ejemplo, los daños que pueda sufrir la cerradura del coche al forzarla los ladrones.

Por último, en cuanto a la garantía de robo, cabe subrayar que normalmente queda cubierta la sustracción de las partes fijas del vehículo. Es decir, si durante una noche en la que mi coche se encuentra aparcado me roban sus cuatro ruedas, mi seguro de autos las repondrá a cargo de la garantía de robo. ¿Qué son las partes fijas del coche? Aquellas cuyo diseño no

La garantía de Robo viene a cubrir, en el caso de que se decida contratarla, los daños causados al vehículo durante un robo así como el robo mismo del vehículo. El robo, en el que ha de mediar intimidación o fuerza en las cosas, no debe ser confundido con el hurto, que no suele estar cubierto por los seguros y consiste en la sustracción por descuido o negligencia de la víctima, como en el caso de "carteristas" o si dejamos la puperta de casa abierta.



comprenda un montaje y desmontaje rápido y sencillo para su uso. Es decir, un retrovisor o las ruedas no son una parte fija del vehículo mientras que la antena si lo será. Evidentemente, tampoco lo son todos aquellos enseres, herramientas, abrigo, portafolios, etc., que no forman parte de vehículo pero podemos alojar en su interior.

Garantía de lunas

El seguro de autos suele contratarse junto con la garantía de **lunas**, que ampara la rotura y sustitución de las lunas y cristales del vehículo por causas accidentales.

Habrá que atender a qué causas accidentales comprende nuestro seguro de cristales ya que existen diferencias entre aseguradoras. A continuación enumeramos las causas más comunes de rotura de lunas y cristales cubiertas en pólizas:

- Rotura accidental; por ejemplo, una piedra que golpea nuestra luna mientras circulamos.
- Actos vandálicos; por ejemplo, unos gamberros rompen nuestra luna y la de toda la fila de coches aparcados en la misma calle.
- Fenómenos meteorológicos; por ejemplo, la rotura de la luna de nuestro coche debido a una fuerte granizada.

En esta garantía quedan cubiertos tanto la sustitución del cristal como los trabajos necesarios para la sustitución del mismo. Es también normal en los últimos años que las aseguradoras den una garantía de lunas vinculada a que la reparación se lleve a cabo en **talleres concertados**, entre los que se encuentran algunos especializados en la sustitución de lunas a nivel nacional. Se trata de talleres recomendados. Sin embargo, si en nuestro seguro se cubre la rotura de cristales sin ninguna limitación deberemos saber que podremos acudir al taller que nosotros deseemos incluso, si así lo queremos, al concesionario oficial de la marca de nuestro vehículo.

Lo normal a la hora de contratar es que la aseguradora nos informe acerca de la existencia de ambas posibilidades: garantía de cristales en talleres concertados o garantía de cristales en talleres de libre elección, realizando un pequeño recargo en la segunda de las opciones ya que encarecerá los costes de la aseguradora, quienes normalmente mantienen precios concertados con los talleres especialistas en lunas.

Garantía de incendio

Esta garantía cubre los daños que pueda sufrir nuestro vehículo en caso de **incendio**. Independiente de la causa, ya sea el incendio generado por el propio vehículo, o por una causa ajena a este, la garantía cubrirá los daños y desperfectos sufridos por el coche en caso de incendio o bien, en el caso de siniestro total, la indemnización por el valor del vehículo.

La garantía de lunas ampara la rotura y sustitución de las lunas y cristales del vehículo por causas accidentales.

El seguro “a todo riesgo” no cubre las averías mecánicas ni otros gastos derivados del mantenimiento del vehículo. No existe, por tanto, ningún seguro que cubra todos los riesgos.

Garantía de daños propios

La garantía de **Daños Propios**, también conocida como **Todo Riesgo** cubre aquellos daños que accidentalmente podamos causar al vehículo, o pudiesen sucederle sin nuestra intervención, en los que no exista otro culpable que nosotros.

Los supuestos más habituales donde nos cubra nuestro seguro a todo riesgo serán los daños de chapa y pintura que le causemos al vehículo. También cubrirá los daños del vehículo en un accidente en el que hemos sido culpables, en este caso nuestro seguro de responsabilidad civil cubrirá todos los daños causados a terceros (materiales y personales) y nuestro seguro a todo riesgo se encargará de reparar nuestro coche.

El seguro a todo riesgo no cubre las averías mecánicas ni otros gastos derivados del mantenimiento del vehículo. Además, los seguros a todo riesgo, debido a su elevada sinistralidad, que se traduce en una menor rentabilidad para las aseguradoras, suele limitarse mediante la aplicación de franquicias pactadas con el cliente.

La franquicia en un seguro de autos *a todo riesgo* es el importe que se obliga a asumir el asegurado en caso de siniestro. Por ejemplo, si nuestra póliza es *a todo riesgo sin franquicia* y sufrimos un siniestro cuyas reparaciones ascienden a 1.000€, no tendremos que poner nada de nuestro bolsillo ya que el seguro es sin franquicia. Si por el contrario, nuestro seguro fuese *a todo riesgo con franquicia de 300€* el coste del siniestro a la aseguradora le sería menor ya que nos correspondería a nosotros abonar al taller 300€ por la reparación.

La franquicia, por tanto, es la primera parte de la indemnización, que le corresponde pagarla al asegurado. Cuanto mayor sea la franquicia menos se expone la aseguradora, por lo que podrá ofrecer precios más económicos en los seguros *a todo riesgo con franquicia* que en los seguros *a todo riesgo sin franquicia*. También cabe indicar que la normativa de suscripción de algunas aseguradoras no permiten contratar seguro

de daños propios o a todo riesgo para vehículos de cierta antigüedad. Es decir, si deseamos contratar un seguro a todo riesgo para un Seat 600 del año 1980 será difícil encontrar una aseguradora que quiera hacerlo.

Garantía de asistencia en viaje

Por último, la garantía de **Asistencia en Viaje** es, normalmente, la que ocupa más espacio en el condicionado del Seguro de Autos ya que ampara una cantidad enorme de supuestos en los que ofrece una serie de servicios, que veremos, a los asegurados.



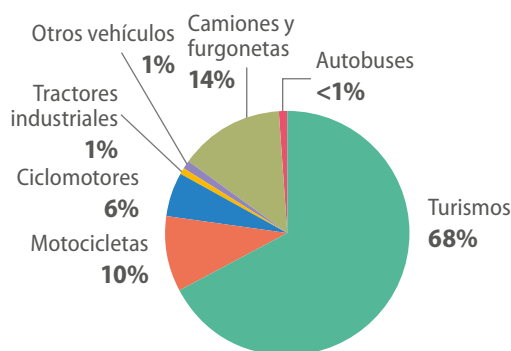
Esta garantía ofrece, en caso de siniestro o avería, una serie de prestaciones tanto para el vehículo como para los ocupantes del mismo. En cuanto al vehículo, en el caso de avería o accidente, garantizará los gastos de remolcaje del vehículo (la grúa) hasta el taller que nosotros designemos. En cuanto a los ocupantes, les ofrecerá una serie de medios para la continuación del viaje que se ha visto truncado por el siniestro o la avería.

Por ejemplo, si viajamos desde Zamora hasta Málaga y sufrimos una avería en la M.50 de Madrid, nuestra póliza de autos, a través de la garantía de Asistencia en Viaje, nos enviará una grúa a donde nos hayamos quedado averiados, montando el vehículo en la misma y remolcándolo a donde deseemos que sea reparado y, además, nos dará varias alternativas para que podamos continuar nuestro viaje hasta Málaga ya sea enviándonos un taxi y que éste nos lleve hasta nuestro destino, o bien nos facilite unos billetes de tren o, finalmente, poniendo a nuestra disposición un vehículo de alquiler, que deberemos devolver una vez finalizado el viaje.

No hay que confundir un coche de alquiler que la aseguradora nos proporciona para continuar el viaje, con el Vehículo de Sustitución.

No hay que confundir este coche de alquiler que la aseguradora nos proporciona para continuar el viaje, y cuyo gasto de combustible debemos asumir nosotros, por cierto, con el Vehículo de Sustitución, que es también un servicio que ofrece el Seguro de Asistencia en Viaje de las Pólizas de Autos.

El **vehículo de sustitución** supone la puesta a nuestra disposición de un vehículo a cargo de la aseguradora mientras nuestro coche está siendo reparado tras un siniestro o una avería contemplado en la póliza. En algunas aseguradoras existe también una franquicia temporal para esta garantía que, en su caso, no nos permitirá disfrutar del vehículo de sustitución hasta transcurrido el número de días indicados en póliza como franquicia.



Fuente: *Las principales cifras de siniestralidad vial. España 2017*. [DGT](#)

► III. EL SEGURO DE AUTOS: PRINCIPALES CAUSAS DE CONFLICTO EN LOS SEGUROS DE AUTO

Las garantías de los seguros de autos, como las de todos los tipos de seguro, cuentan con una serie de limitaciones, exclusiones y supuestos en los que la garantía no es de aplicación. Es muy recomendable a la hora de contratar nuestro seguro de autos que conozcamos cuáles son y en que podrían llegar a afectarnos para decidir con mayor información si es este el seguro que necesitamos. En el Condicionado General figurarán todos los supuestos incluidos así como todas las exclusiones. Algunas de ellas provocan verdaderos conflictos, como veremos.

Una de las restricciones más habituales es la limitación de los kilómetros de remolcaje (grúa) del vehículo averiado en caso de siniestro. Algunas pólizas incorporan un radio de acción que limita esta garantía, remolcando nuestro vehículo como máximo, por ejemplo, hasta 150 kilómetros desde el lugar del siniestro. Si esta situación nos ocurre cerca de nuestro domicilio habitual no habrá mayores problemas ya que podremos llevar el coche a reparar a nuestro taller de confianza. Sin embargo, si nos ocurre durante las vacaciones a muchos



kilómetros de nuestra casa deberemos llevarlo al taller que nosotros decidamos en un radio máximo de dicha distancia. A la hora de contratar nuestro seguro de autos es importante saber qué dice a este respecto.

Otro de los puntos más conflictivos de los seguros de autos, en este caso en la modalidad de *Todo Riesgo* es la aplicación sucesiva de franquicias. Debemos tener en cuenta que nuestra aseguradora interpreta cada siniestro ocurrido en el vehículo como un supuesto en el que cabe aplicar la franquicia, lo cual puede llevar a situaciones desagradables, como la que ejemplificamos a continuación; La semana pasada mi hija rozó la parte trasera del vehículo en un parking mientras aparcaba, causando daños de chapa y pintura. Hoy yo he chocado contra el vehículo que circulaba delante de mi

siendo yo el culpable y causando daños en la parte delantera del coche. Cuando he ido a la aseguradora a dar el parte me indican que al tratarse de dos siniestros distintos en la reparación del vehículo deberán ser aplicadas dos franquicias en lugar de una, es decir, siendo mi seguro *a todo riesgo con franquicia de 300€* me va a tocar pagar 600€ por la reparación de los daños del vehículo.

Por último, hablaremos en este apartado del Valor Venal de los vehículos, cuya aplicación en caso de siniestro provoca no pocos conflictos entre compañías y asegurados. En caso de siniestro la aseguradora se obliga a reparar el vehículo. Sin embargo, cuando las reparaciones no son posibles, como en un robo, la obligación de la aseguradora es la de indemnizar.

¿Qué operación se realiza para calcular la indemnización? Lo que se hace es aplicar al valor de venta del vehículo una serie de depreciaciones por distintos motivos; antigüedad, uso, estado de conservación, etc. Es decir, el valor venal no es nunca lo que nos ha costado el vehículo.

También se aplica por parte de las aseguradoras la indemnización por el valor venal del vehículo si el coste de las reparaciones que deben asumirse para arreglar el coche tras un siniestro son mayores que el valor venal. Es decir, si sufrimos un grave accidente en el que las reparaciones del vehículo sean muy costosas, podremos encontrarnos en la situación en la que nuestra aseguradora no repare el vehículo sino que nos indemnice por el valor venal. En estas situaciones pueden generarse conflictos ya que seguramente nosotros queramos reparar nuestro vehículo en lugar de aceptar una indemnización, que en la mayoría de los casos aplicará una gran depreciación, siéndonos la misma insuficiente para adquirir un coche similar al nuestro.

En aquellos casos en los que la aseguradora no se responsabilice de la reparación de nuestro vehículo sino que se limite a realizarnos una oferta de indemnización por el valor venal

En aquellos casos en los que la aseguradora no se responsabilice de la reparación de nuestro vehículo sino que se limite a realizarnos una oferta de indemnización por el valor venal del vehículo, deberemos tener en cuenta que podremos realizar y alegar una valoración en contrario, es decir, nuestra propia valoración realizada por un perito externo, cuyo coste deberemos asumir.

del vehículo, deberemos tener en cuenta que podremos realizar y alegar una valoración en contrario, es decir, nuestra propia valoración realizada por un perito externo, cuyo coste deberemos asumir. Del mismo modo podremos negociar la aseguradora el cálculo que han aplicado, con la finalidad de aumentar un poco la indemnización que nos corresponda.

► III. EL SEGURO DE AUTOS: CÓMO ACTUAR A LA HORA DE COMUNICAR UN SINIESTRO DE AUTOS

En último lugar, veremos cómo hay que actuar en caso de siniestro de autos. Éstos pueden presentarse en muchas situaciones; podemos denominar siniestro de autos tanto un accidente de tráfico como que el coche no arranque por la mañana y haya que llamar a la grúa. Debemos entender *siniestro de autos*, por tanto, como todas aquellas situaciones que se encuentren contempladas en la póliza y en las que nos corresponda que se nos suministre una prestación por parte de la aseguradora.

Cuando mayor número de problemas generan los siniestros es en los choques o accidentes en los que se encuentra implicado otro vehículo. En estos casos, hay que determinar quién es el culpable ya que a su aseguradora le corresponderá correr con los gastos que genere el siniestro a los perjudicados.

En el caso en que **haya acuerdo** entre nosotros y la otra parte, y ambos coincidamos en quién ha sido el culpable del coche y quién el perjudicado, lo más sencillo será cumplimentar la **Declaración Amistosa de Accidente** poniendo especial atención en hacerlo adecuadamente según las instrucciones que figuran en su parte posterior y entregar a continuación a nuestra aseguradora una copia de la misma. A través de este documento las aseguradoras corroborarán las versiones de los hechos que se comunican y contactarán con nosotros para proceder a la reparación de los daños.

Si, por el contrario, no tenemos la misma percepción de los hechos que el conductor del otro vehículo o bien no nos ponemos de acuerdo respecto a quién ha sido el culpable podremos también cumplimentar la *Declaración Amistosa de Accidente* y entregarla, sin firmar, a nuestra aseguradora; algunas aseguradoras disponen, no obstante, de un modelo propio de “parte” de accidentes, a cumplimentar en estos casos o bien cuando desconocemos al causante de los daños, esto es, cuando comunicamos “daños sin contrario”. En estos casos la tramitación del siniestro será más lenta ya que en primer lugar las Aseguradoras tendrán que dilucidar quién es el culpable y quién es el perjudicado y, por tanto, a quién le corresponde asumir los gastos de reparación.





En último lugar, si en el siniestro ha habido implicados más de dos vehículos o bien cuando hay algún herido, el siniestro no se deberá tramitar a través de la *Declaración Amistosa de Accidente* sino que deberemos llamar a Policía Local o Guardia Civil para levanten el correspondiente **atestado** que remitirán a nuestras aseguradoras, quienes a su vez se pondrán en contacto con nosotros para llevar a cabo las gestiones pertinentes tras el siniestro.

► IV. EL SEGURO DE PROTECCIÓN JURÍDICA: SENTIDO Y EXISTENCIA DEL SEGURO DE PROTECCIÓN JURÍDICA

El Seguro de Protección Jurídica no es fácilmente identificable. De hecho muchos de los asegurados no sabe que cuen-

tan con un seguro de Protección Jurídica. Entonces, ¿Dónde se encuentra y cómo actúa?

Como decíamos más arriba, los actuales contratos de seguro que venden las aseguradoras son del tipo **Multirriesgo**, en el que incluyen varios seguros en una única póliza. Por ejemplo, en el Seguro de Autos todas las garantías refieren a su vez a un Seguro de Responsabilidad Civil (Responsabilidad Civil Obligatoria y Responsabilidad Civil Voluntaria), un Seguro de Daños (*Incendio, Lunas, Daños Propios*) y un Seguro de Robo. Sin embargo, el Seguro de Autos así como la mayoría de Seguros de Hogar, de Comunidades de Propietarios y de Responsabilidad Civil incorporan una garantía denominada Asistencia Jurídica. Es a esta garantía a la que refiere el Seguro de Protección Jurídica.

Se denomina *Protección* dado que un litigio, una reclamación judicial, una acusación en un caso de accidente de tráfico, etc. son cosas relativamente serias en las que es imprescindible que se cuente con un asesoramiento profesional, un abogado, que vele por nuestros intereses y nos oriente durante todo el proceso judicial. Este seguro de Protección Jurídica, se encarga de dos cosas; La primera es poner a disposición del asegurado todos los medios y profesionales necesarios para llevar a cabo su defensa jurídica y, en segundo lugar, asumir los costes que de dichos profesionales se desprenda.

El seguro de Protección Jurídica dispone dos distintas prestaciones: la primera es poner a disposición del asegurado todos los medios y profesionales necesarios para llevar a cabo su defensa jurídica y, en segundo lugar, asumir los costes que de dichos profesionales se desprenda. Es interesante conocer si podremos elegir nosotros al abogado y procurador o será la aseguradora quien nos los imponga.

► V. EL SEGURO DE PROTECCIÓN JURÍDICA. PRINCIPALES PRESTACIONES DEL SEGURO DE PROTECCIÓN JURÍDICA

La principal prestación del Seguro de Protección Jurídica será la **Asistencia Jurídica**. Esta consistirá en el compromiso de la Aseguradora de poner a nuestro alcance los profesionales necesarios para llevar a cabo la defensa judicial que precisemos por la responsabilidad personal que asumimos en un siniestro garantizado por la póliza. También consistirá en

En nuestro día a día estamos expuestos a causar daños a terceros, aun sin quererlo, de los que deberemos responder

asumir el coste de todos los gastos que puedan derivarse durante el proceso judicial.

En nuestro día a día estamos expuestos a causar daños a terceros, aun sin quererlo, de los que deberemos responder. Por ejemplo, en un accidente de tráfico en el que somos culpables, o bien en los daños causados a nuestros vecinos si sufrimos un incendio en nuestra vivienda.

En ambos casos los daños que de estos hechos se deriven nos serán reclamados. De los mismos responderá en cada caso nuestro seguro de Responsabilidad Civil, es decir, cubrirá las indemnizaciones que sean pertinentes. Pero ¿Qué sucede con la reclamación? Si la misma se lleva a cabo por vía judicial, lo cual será en algunos casos imprescindible, necesitaremos un abogado, un procurador y cumplir determinados trámites y pagos de diversa índole durante el proceso. El Seguro de Protección Jurídica asume todas estas situaciones, y muchas más, como veremos.

Si desgraciadamente nos vemos en la situación de haber sido demandados judicialmente todo lo relativo a nuestra defensa en el proceso lo asumirá nuestro **Seguro de Protección Jurídica**, que en la mayoría de casos se encontrará contratado como una garantía más de nuestra póliza de hogar, de autos, etc.

En algunos casos, sin embargo, deberemos ser nosotros quienes interpongamos las acciones judiciales oportunas para ver reparados nuestros daños. Por ejemplo, si somos los perjudicados en un accidente de tráfico, o bien si sufrimos daños en nuestra vivienda causados por el vecino de arriba, quien se niega a asumir las reparaciones. En este caso estamos hablando de la garantía de **Reclamación de Daños** que también suele venir amparada en el Seguro de Protección Jurídica.



▶ VI. EL SEGURO DE PROTECCIÓN JURÍDICA: PRINCIPALES CONFLICTOS Y LIMITACIONES

Por último en cuanto al Seguro de Protección Jurídica, como veíamos, el mismo se traduce en la mayoría de ocasiones en la designación de un profesional del derecho. Un abogado.

¿Podemos elegir a nuestro abogado o bien hemos de aceptar el que nos designe nuestra aseguradora?. Las propias Condiciones Generales de la Póliza nos darán respuesta a esta pregunta. Lo normal será contar con ambas opciones solo que limitando a una cuantía económica la posibilidad de contar

con un abogado de libre designación. En este caso habrá que valorar si la cuantía es suficiente para cubrir los gastos del proceso ya que, en caso contrario, nos tocaría a nosotros cubrir el restante de los gastos que generamos en abogado. Será muy importante, por tanto, conocer cuál es el límite económico que el seguro pagará en cuanto a los honorarios del abogado de libre designación para poder escoger la opción que deseemos y no vernos perjudicados.

¿Pueden existir conflictos de intereses entre los abogados de las compañías y las propias compañías? Es claro que sí. Pongamos por ejemplo un accidente de tráfico en el que somos perjudicados, y nuestra aseguradora es a su vez la compañía aseguradora del vehículo causante del accidente. En este caso si contásemos con el abogado designado por la aseguradora habría que tener en cuenta que le estaría reclamando a quien a su vez le paga por sus servicios. Existen en estos casos, por tanto, conflictos de intereses que es necesario evitar, en este caso escogiendo un abogado de libre designación, uno externo a la compañía aseguradora. Por este motivo, es muy importante a la hora de contratar, conocer qué límite de remuneración por parte de la aseguradora de los profesionales jurídicos de libre designación queda estipulado en la póliza.

III

LOS PRODUCTOS
DE PREVISIÓN
SOCIAL: PLANES DE
PENSIONES Y OTROS

III

LOS PRODUCTOS DE PREVISIÓN SOCIAL: PLANES DE PENSIONES Y OTROS

¿Qué son los productos de previsión social?	91
¿Quién está detrás de los productos de previsión social? ..	93
Peculiaridades de los productos de previsión social:	103
Planes de Pensiones	105
Los planes de previsión asegurados (PPA)	111
Productos de ahorro-previsión alternativos	113
Los seguros de vida de ahorro	113
Planes individuales de ahorro sistemático (PIAS).....	114
El régimen fiscal	115
Consejos a tener en cuenta	117

Las entidades aseguradoras son identificadas en mayor medida por sus productos de seguro, más comunes entre los consumidores particulares; *seguro de hogar, seguro de auto, seguro de salud, seguro de decesos*, etc. Sin embargo la labor de las aseguradoras va mucho más allá extendiendo sus actividad al ahorro e inversión de particulares y empresas a través de los denominados Productos de Previsión Social.

Los productos de Previsión Social se instrumentalizan fundamentalmente bajo dos formas; Los Planes de Pensiones y los Seguros de Ahorro, que también pueden ser de inversión (no son exactamente lo mismo, como ocurre con un depósito bancario -producto de ahorro- o unas participaciones preferentes -producto complejo de inversión-). En cuanto a los Seguros de Ahorro, éstos se sustentan en seguros de





vida que garantizan además del fallecimiento del asegurado, su supervivencia a una fecha concreta, en la que los ahorros aportados a la aseguradora son devueltos al asegurado con un interés generado a su favor, en tanto que en su variante de Seguros de Inversión, no garantizan ni siquiera la recuperación de los ahorros. Basándose en esta estructura, las aseguradoras han creado una variedad de productos de ahorro y previsión social, supervisadas en algunos casos (no siempre) por la [Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones](#), como órgano regulador en la materia, que a continuación explicaremos. Todos estos seguros se presentan como productos de ahorro, es decir, orientados a la consolidación de unas cuantías y unos intereses generados a disfrutar en un futuro.

En muchos casos se vincula la necesidad del ahorro en la venta con situaciones a afrontar por todos nosotros a lo largo de nuestra vida; *la jubilación, la compra de una vivienda, la universidad de los hijos*, etc, creándose productos cuya rentabilidad despunta a la edad en la que el asegurado alcanza dichas situaciones.

► ¿QUÉ SON LOS PRODUCTOS DE PREVISIÓN SOCIAL?

Los productos de Previsión Social (también conocidos como de *Ahorro-Previsión*) son **instrumentos financieros**, a **largo plazo** con un componente **finalista**.

De ésta definición hemos de destacar varios conceptos clave.

“Instrumento financiero”

Los productos de Previsión Social son instrumentos financieros en tanto que son herramientas de ahorro intangibles, destinadas a satisfacer una necesidad presente (generar un ahorro) para afrontar una necesidad futura (disfrutar de los ahorros generados).

Son también un “instrumento financiero” en tanto que consisten en un contrato que genera un activo financiero en una parte (la aseguradora) y un pasivo financiero en la otra parte (el ahorrador).

Es importante en consecuencia, como sucede con cualquier otro instrumento financiero, conocer cuál es el subyacente, es decir, en qué se invierte nuestro dinero, por cuanto de ello dependerá tanto la potencial rentabilidad como la seguridad de nuestros ahorros: a modo de ejemplo, pueden invertir en deuda pública de estados de Europa, de la zona euro, lo que a priori reportará a nuestros ahorros menos beneficios a cambio de una superior seguridad, o bien en renta variable, acciones de empresas de países emergentes, como es China,

Es importante conocer en qué se invierte nuestro dinero, ya que de ello dependerá tanto la potencial rentabilidad como la seguridad de nuestros ahorros. No debemos contratar un seguro de ahorro o de inversión del que desconozcamos tal dato, ni cuando aun conociéndolo no entendamos el tipo de inversión que realizan.

cuya previsión a priori será la contraria, es decir, es posible que renten más, pero también podemos perder todos nuestros ahorros.

“Largo plazo”

El término “largo plazo” carece de definición consensuada y no puede sino entenderse como una generalidad. Sin embargo, los productos de Previsión Social deben entenderse como “a largo plazo” en tanto que están pensados, diseñados y distribuidos para generar un ahorro destinado a afrontar situaciones no inmediatas, como la jubilación. Si diseccionásemos el cálculo de rentabilidad esperada por la mayoría de estos productos de Previsión Social observaríamos cómo la rentabilidad que generan estos productos comienza a ser comparativamente más atractiva transcurridos 10 o más años.



“Carácter finalista”

Que los productos de Previsión Social tengan carácter finalista supone admitir que tanto la aseguradora como el cliente convienen su contratación para supuestos concretos. Por parte del cliente se acude a estos productos para generar un ahorro (más unos intereses) que le permitan afrontar una situación futura con mayores recursos económicos, como puede ser la jubilación. Por parte de la aseguradora significa en primer lugar, diseñar actuarialmente (en base a cálculos matemáticos, estadísticos y financieros) los productos de previsión social para que la rentabilidad generada contribuya efectivamente a dar cumplimiento a dicha situación como, en segundo lugar, vincular la prestación (el abono de las cantidades generadas al cliente) a determinadas situaciones como alcanzar la edad de jubilación efectiva, la incapacidad, etc.

Los principales operadores/distribuidores de productos de previsión social son las entidades bancarias y las compañías aseguradoras

► ¿QUIÉN ESTÁ DETRÁS DE LOS PRODUCTOS DE PREVISIÓN SOCIAL?

Los principales operadores/distribuidores de productos de previsión social son las entidades bancarias y las compañías aseguradoras. Sin embargo, en el curso de las operaciones relativas a los productos de previsión social intervienen una multitud de intermediarios que ahora queremos identificar. Todos ellos intervienen en este proceso en el que, como ahorradores, aportamos unas primas que disponemos y abonamos para que, previsiblemente, nos sean devueltas junto con unos intereses años más adelante.

Con carácter general las ventas suelen estar mediadas, es decir, como consumidores no acudimos directamente a la entidad bancaria o aseguradora sino que el producto, la propuesta, la oferta, nos llega a través de intermediarios que se encargan de la distribución de estos productos de previsión social. Éstos pueden ser **agentes** o **corredores de seguros**, personal de las propias oficinas de las entidades bancarias,

distribuidores comerciales, **asesores financieros**, profesionales de diversa índole, etc. Del mismo modo estos intermediarios también pueden ejercer su actividad por medio de un canal on-line que directamente capta, informa y cierra la contratación de estos productos de previsión social.

Todos ellos, como intermediarios y distribuidores reciben una comisión por parte de la entidad bancaria o aseguradora como recompensa por la venta cerrada. Generalmente dicha comisión no va contra la rentabilidad del propio producto, o lo que es lo mismo, como consumidores no obtendríamos mejores condiciones si acudiésemos a contratar el producto directamente a la entidad ya que éstas cuidan mucho de que sus distribuidores cuenten siempre con una oferta muy competitiva. Por tanto, como consumidores lo mejor será siempre comparar entre aquellos productos de previsión que mejor se adecúen a nuestras necesidades, aunque el hecho de si la venta es o no mediada no influirá, generalmente, en la rentabilidad del producto.

La normativa europea que próximamente se aplicará en toda Europa impone a los distribuidores de seguros superiores obligaciones de información al consumidor acerca de las comisiones o incentivos que perciben por su labor, pero en la actualidad ese dato nos es desconocido. Además de la comisión que pueda generarse por parte de la entidad al intermediario, y que hoy por hoy escapa a nuestro control como consumidores, deberemos conocer y atender en mayor medida a las comisiones del propio producto que estemos pensando contratar, porque **las pagaremos nosotros, los consumidores**, y que son las siguientes:

- **Comisión de suscripción:** Es la comisión generada por la contratación del producto y que se carga de manera inmediata contra las aportadas. Algunos productos de previsión, no obstante, carecen de comisión de suscripción. Esta comisión puede ser en favor de la entidad gestora o a favor

La normativa europea que próximamente se aplicará en toda Europa impone a los distribuidores de seguros superiores obligaciones de información al consumidor acerca de las comisiones o incentivos que perciben por su labor



del fondo. Es una comisión que se carga en el momento en el que se realiza la suscripción, por lo que reduce el importe de nuestra inversión.

- **Comisión de reembolso:** Es la comisión soportada por el abono efectivo del ahorro generado, Se cobra cuando se recupera el dinero invertido en el producto. Si tenemos una comisión de reembolso de un 5%, cuando nos den nuestro dinero (capital invertido + sus rentabilidades- impuestos), nos quitarán ese 5% (por ejemplo) de comisión. Por tanto,
- **Comisión de gestión:** Se trata de los “gastos de gestión” propios del producto, que se definen en la contratación y que minoran la rentabilidad del producto. La cobra la gestora del producto por todos los gastos derivados del proceso de inversión de nuestros ahorros, constituyendo también la remuneración de la propia sociedad gestora, que es



la entidad que adopta las decisiones de inversión o des-inversión de nuestros ahorros en determinados instrumentos financieros. Por ello, cuanto más activa sea la gestión, más movimientos de inversión y des-inversión puedan tener lugar, por ser la vocación inversora más especulativa, la comisión de gestión será superior, en tanto que, en seguros más conservadores en los que, en principio, los movimientos de inversión y des-inversión serán muy reducidos, la comisión de gestión debería ser muy reducida también.

- **Comisión de depósito:** La cobra la entidad depositaria, aquella que conserva los títulos en que están invertidos nuestros ahorros, cuando no es la misma entidad a la que entregamos nuestro dinero. En realidad, tal definición es actualmente, en realidad, una ficción, puesto que hoy no

existen los títulos físicos, las acciones por ejemplo no se instrumentalizan en un papel, como antaño, sino que lo que la propiedad de las inversiones tienen reflejo en cuentas, en las que se efectúan anotaciones que permiten conocer la posición de cada ahorrador o inversor, la cantidad de títulos o participaciones que tiene en cada momento. Varía según el tipo de depósito. Se deduce diariamente en el valor *liqui-dativo* del fondo (su valor de *rescate*, lo que valdría todo lo ya depositado por nosotros si lo recuperáramos en el día presente).

- **Comisión sobre beneficios:** En ocasiones se establece que si el fondo supera los objetivos marcados en las condiciones del fondo, la gestora participara en un porcentaje de ese beneficio. Así se “**premia**” al gestor del fondo; si ganamos nosotros más, y ello es en principio en base a una eficaz gestión, la gestora también gana más...
- **Otros gastos:** Además de las comisiones citadas anteriormente un fondo genera una serie de gastos: operacionales, cánones, constitución, etc. Estos gastos y las comisiones que cobra el fondo, a excepción de las de suscripción y reembolso, se integran en el ratio TER (Total Expenses Ratio).

Vistas ya las principales figuras intermediarias en la distribución de los productos de previsión social así como las principales comisiones que se generan en la venta de los mismos debemos conocer el papel que juegan respectivamente en nuestros ahorros la Entidad Promotora y la Entidad Depositaria.

La **Entidad Promotora** será la que se encargue sondear el mercado, identificar la necesidad del cliente, elaborar el producto y distribuirlo. En la mayoría de productos de previsión social la Entidad Promotora es a la vez **Entidad Depositaria**, dado que a la vez que crea el producto lo respalda con sus propios fondos, es decir, asume la rentabilidad prometida al cliente con sus propios fondos.

Hemos de conocer los diferentes tipos de comisiones que generan este tipo de productos.

Sin embargo, existen productos como los Planes de Pensiones, en los que la Entidad Promotora crea el producto pero no lo respalda, sino que transfiere las primas aportadas por los ahorradores a una tercera entidad destinada a la gestión de estos fondos para la obtención de una rentabilidad esperada de acuerdo a unas normas. Estas entidades de los Planes de Pensiones serían los Fondos de Pensiones, que actuarían en este caso como **Entidad Depositaria**. En estos casos en los que la Entidad Promotora es distinta de la Depositaria, suele darse también la figura de la **Entidad Gestora**, que es la que asume, por encargo de la Promotora, la tarea de mover y gestionar las primas entregadas para la mayor rentabilidad de éstas, en función de unas reglas predefinidas, entre las distintas Depositarias que existan en el mercado.

Evolución de fondos y planes de pensiones, entidades gestoras y entidades depositarias durante el ejercicio 2017

Magnitud	2016	2017	Variación absoluta	Variación %
Planes de pensiones	2.847	2.661	-186	-6,53
Fondos de pensiones	1.608	1.534	-74	-4,60
Entidades gestoras	77	75	-2	-2,60
Entidades depositarias	41	40	-1	-2,44

Fuente: "Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2017". Ministerio de Economía, Industria y Competitividad - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Estas Entidades Gestoras pueden elegir invertir entre las siguientes opciones que el mercado bursátil y de valores pone a su disposición:

- **Fondos de inversión mobiliaria:** El objeto de la inversión son activos financieros. Éstos a su vez se subdividen en:
 - Ordinarios: Invierten en renta fija, renta variable y derivados;

- De fondos: Invierten mayoritariamente en otros fondos de inversión;
- Subordinados: Invierten en un único fondo de inversión;
- Índice: Su política de inversión trata de replicar un determinado índice (Nasdaq; IBEX, etc.).
- **Fondos de inversión inmobiliaria:** Invierten fundamentalmente en inmuebles para su explotación en alquiler. Son fondos – por lo general– menos líquidos que los de inversión mobiliaria. La liquidez es la posibilidad que se dispone de



poder vender con rapidez, o no, los fondos en que se invierte el dinero: trasladando el asunto, a modo de ejemplo, a una economía doméstica, es evidente que cualquier persona podría recuperar su dinero en el acto, o en 24 horas, en caso de mantenerlo en una cuenta corriente bancaria, en tanto que, por lo general, tardaría bastante más en vender su casa, más aún si de lo que se trata con la venta es de obtener ganancias o beneficios, efectuar una “buena venta”.

- **Fondos verdes o éticos:** Son opciones inversoras sustentadas en proyectos o actividades desarrolladas en base a unos estándares éticos de respeto a los derechos humanos y de sostenibilidad ecológica.



Como ahorradores deberemos tener muy presente la distinción entre los productos de “capital garantizado” y aquellos que no lo son.

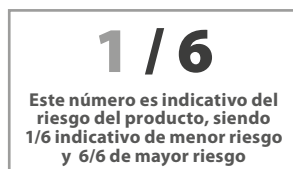
Los **productos de capital garantizado** son aquellos en los que la entidad garantiza la devolución de las primas aportadas en cualquiera de los escenarios posibles. Es decir, el cliente no pone en peligro sus ahorros, más allá de los efectos devaluadores de la inflación, ya que siempre recibirá como mínimo las primas aportadas, que en algunos casos podrán minorarse por la aplicación de comisiones. Sin embargo las primas aportadas nunca están sujetas a inversiones de riesgo, en las que puedas perderse. Se trata, por tanto de productos más conservadores y, en consecuencia, con una rentabilidad más baja.

El resto de productos que no son de capital garantizado suponen que el cliente asume la posibilidad de que sus ahorros sufran pérdidas. Ya no se garantiza en estos que, como mínimo, se recibirán con la prestación acordada las primas aportadas, sino que se asume que el dinero invertido puede sufrir pérdidas o incluso diluirse en función del producto escogido, podremos perder parte de nuestros ahorros y, en casos extremos, la totalidad de los mismos. Se trata de productos más agresivos en los que las expectativas de rentabilidad son más altas pero, por esto mismo, están sometidos a riesgos: cuanto mayor sea la expectativa de beneficio que se nos ofrece, mayor será también el riesgo de que perdamos nuestros ahorros.

Desde febrero de 2016 existe un nuevo método para determinar el riesgo de los productos financieros, entre los que deben considerarse los de *Previsión Social*, que tendrá en cuenta aspectos como su complejidad y su liquidez. El *Indicador de Riesgo* clasifica los productos financieros en seis niveles dife-

Los productos que no son de capital garantizado suponen que el cliente asume la posibilidad de que sus ahorros sufran pérdidas, incluso muy cuantiosas o totales.

rentes, representándose gráficamente el nivel de riesgo a través de la indicación numérica a la que el producto pertenece:



También existe, desde la misma fecha el indicador de riesgo conocido como *Semáforo de Riesgo* en el que se clasifican en hasta seis categorías los productos financieros en función de las obligaciones asumidas por el ahorrador:

Clase	Producto	Riesgo
Clase 1	Depósitos y planes de previsión asegurados	1/6
Clase 1	Instrumentos que se comprometen a devolver el 100%	2/6
Clase 1	Compromiso de devolver el 100% de 3 a 5 años	3/6
Clase 1	Compromiso de devolver el 100% de 5 a 10 años	4/6
Clase 1	Compromiso de devolver el 100% a más de 10 años o el 90%	5/6
Clase 1	Acciones, renta fija privada, cédulas	6/6

Es importante que atendamos a estos indicadores, y más aún que preguntemos al distribuidor acerca de los riesgos que asumimos, que comprendamos perfectamente qué es lo que se hará con nuestro dinero, si en todo momento estará seguro o su integridad, la posibilidad de perderlo, está sujeta a los vaivenes de los mercados, o a otros factores: sólo debemos contratar aquel producto cuyo funcionamiento comprendamos, y respecto del cual, una vez lo entendamos, hayamos realizado, desde la responsabilidad, un análisis crítico acerca de su conveniencia y adaptación a nuestras necesidades y economía, a nuestra capacidad para soportar pérdidas si es



posible que estas puedan tener lugar, cuánto estamos dispuestos a perder, y otros factores. Constituye valioso apoyo en esta tarea la consulta con una Asociación de Consumidores y Usuarios de servicios bancarios y de seguros.

► PECULIARIDADES DE LOS PRODUCTOS DE PREVISIÓN SOCIAL

Una de las ventajas de los productos de previsión social es contar en algunos casos con una fiscalidad ventajosa para el ahorrador, si bien la afirmación requiere de matización: se trata de la fiscalidad diferida, es decir, en tanto se realicen aportaciones, estas se deducirán en la declaración del IRPF, pero en el momento en que se rescaten los ahorros, estos cotizarán, de manera íntegra como rentas del trabajo; dicho



más claramente, el ahorro actual en los impuestos tendrá su contraprestación cuando recuperemos nuestro dinero, momento en que deberemos declarar por cuanto hemos venido aportando/ahorrando.

Las rentabilidades que arrojen estos productos tendrán un tratamiento fiscal más favorable que el que generen otras actividades en tanto se realicen aportaciones, ya que los sucesivos gobiernos, que han validado esta situación, han considerado oportuno rebajar la carga fiscal a los productos de previsión para hacerlos más atractivos y promocionar entre los particulares un sistema alternativo de ahorro que sirva para complementar las pensiones públicas futuras que, según algunos análisis, se pronostican insuficientes para mantener un nivel de vida similar al de la vida en activo.

El actual sistema de Previsión Social español agrupa todos estos productos en dos grupos:

- **“Los Sistemas de Ahorro-Previsión Privados”**; Son aquellos diseñados para complementar las pensiones públicas,

entre los que destacan los Planes de Pensiones y los denominados PPA (Plan de Previsión Asegurado)

- Los **Productos de Ahorro-Previsión alternativos** (también conocidos como “*Ahorro-Alternativo*”); Son **productos de inversión puramente financiera** que en la práctica, tanto por su período de inversión a largo plazo o como por la forma de cobro de la prestación (por lo general renta vitalicia), son asimilables a un ahorro finalista de previsión social, tales como los PIAS (Plan Individual de Ahorro Sistemático), los Seguros de Vida-Ahorro, los SIALP (Seguro Individual de Ahorro a Largo Plazo) o los CIALP (Cuenta Individual de Ahorro a Largo Plazo). Hemos resaltado la expresión *productos de inversión puramente financiera para llamar la atención acerca de que los ahorros en ellos depositados se encuentran sometidos generalmente a las fluctuaciones de valor que generan los mercados, por lo que es posible obtener altos beneficios como también lo es que se generen pérdidas en nuestros ahorros.*

I) Planes de Pensiones

Los **Planes de Pensiones** son los productos del previsión social más extendidos, conocidos e identificables por los ahorradores particulares en nuestro país entre otros motivos por la cantidad de años³ que los mismos llevan operando como instrumentos de ahorro para la jubilación.

Del mismo modo que los seguros de accidentes o los seguros de salud, los Planes de Pensiones se configuran desde un principio como instrumentos complementarios al sistema público. Las aportaciones hechas a los mismos no eximen al ahorrador de abonar sus cotizaciones a la Seguridad Social.

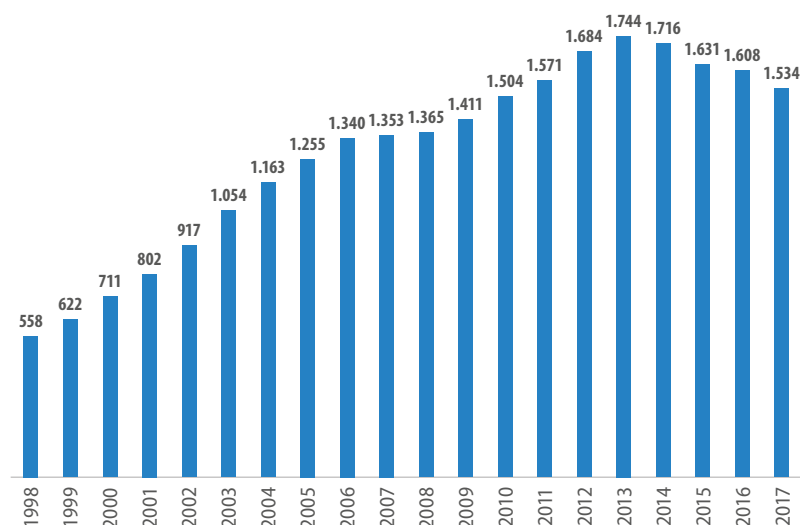
Los ahorros depositados en los productos de inversión puramente financiera se encuentran sometidos generalmente a las fluctuaciones de valor que generan los mercados, por lo que es posible obtener altos beneficios pero también que suframos pérdidas.

3. Desde 1987 con la publicación de la [Ley 8/1987, de 8 de junio, de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones](#) (Vigente hasta el 14 de Diciembre de 2002)

Mediante la adhesión a un Plan de Pensiones, un ahorrador (partícipe) realiza una serie de aportaciones a un Fondo de Pensiones, que constituye un instrumento patrimonial creado al efecto de aglutinar las aportaciones de muchos partícipes y gestionar sus ahorros de acuerdo a unas reglas preestablecidas que el ahorrador ha asumido al suscribir el contrato de adhesión. Al no serle posible al ahorrador negociar dichas condiciones o reglas, ni influir en las mismas, cobra de nuevo especial relevancia acceder a toda la información disponible, comprender tales condiciones y decidir con responsabilidad la conveniencia, o no, de asumirlas mediante la contratación del producto.

Por lo tanto, todo plan de pensiones ha de estar “adscrito” a un **Fondo de Pensiones**, el cual habrá de estar legalmente registrado y supervisado por el Estado siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) la entidad con competencias a tal efecto.

Evolución del número de fondos de pensiones inscritos



Fuente: “Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2017”. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Los Fondos de Pensiones funcionan como una entidad independiente, con sus propias normas y directrices relativas a inversiones y rentabilidades así como con mecanismos supervisados para sus gestiones (derechos de rescate, aportaciones extraordinarias, traspasos, etc.)

La participación en estos Fondos ofrece una rentabilidad variable⁴, ya que tienen un valor liquidativo diario que fluctúa de acuerdo con la evolución de los mercados y con la estructura de la cartera de “valores” en que se ha realizado la inversión⁵. Es decir, el valor del Fondo de Pensiones así como la participación que el cliente ostenta sobre el mismo (pues es partícipe en un tanto por ciento) varían su valor a diario, al estar el Fondo invertido en valores sujetos al mercado, cambiando constantemente su rentabilidad y en consecuencia el valor del ahorro del partícipe, del cliente, en suma, del consumidor o usuario que ha depositado sus ahorros en este instrumento, en el Fondo. Ya hemos comentado cómo unos fondos de inversión pueden llegar a garantizar el rescate íntegro de nuestros ahorros en tanto que en otros podremos sufrir pérdidas.

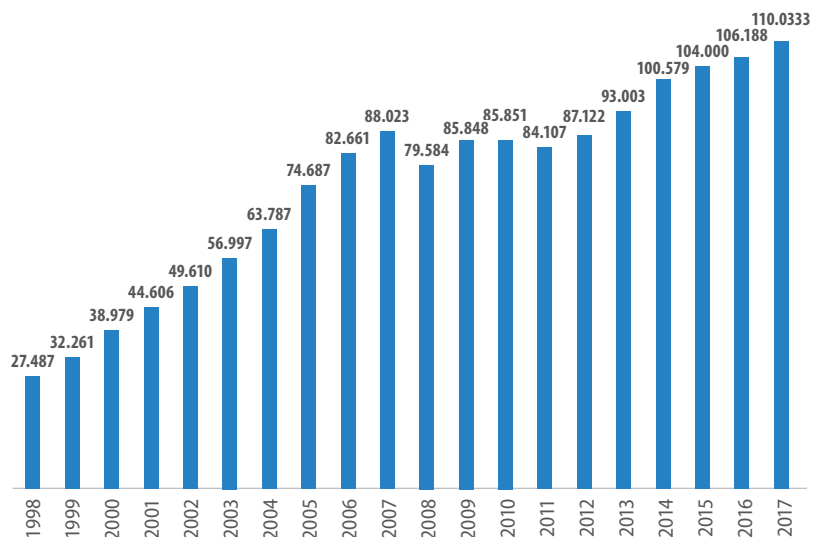
Los Fondos de Pensiones funcionan como una entidad independiente, con sus propias normas y directrices relativas a inversiones y rentabilidades, por ello, usted debe conocer el funcionamiento del plan, su política de inversión y rentabilidad. Al tratarse de un contrato a largo plazo, usted debe darle seguimiento, conociendo cualquier cambio que pudiera tener lugar y las consecuencias y repercusiones en sus ahorros

4. Sólo a efectos ilustrativos, la fórmula de la rentabilidad podría ser $Rentabilidad = ((Valor\ liquidativo\ final - Valor\ liquidativo\ inicial) / Valor\ liquidativo\ inicial) \times 100$. No obstante, habrá que tener en cuenta también otras variables como puedan ser las comisiones, depreciación de la moneda, IPC, etc...

5. Se entiende como “valor” cualquier acción o título que se negocia en el mercado financiero o de valores. Cartera de valores será aquel “conjunto” de acciones o títulos que componen el fondo en el que invertimos o que tenemos por separado de un fondo y que conforman parte de nuestro patrimonio.

Patrimonio de los fondos de pensiones

Cifras en Millones de Euros



Fuente: "Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2017". Ministerio de Economía, Industria y Competitividad - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Los Planes de Pensiones tienen unas normas legalmente impuestas. Se configuran como una forma de ahorro para la jubilación, lo cual es tomado por el gobierno como algo digno de promoción, motivo por el cual se permite una deducción de la Base Imponible del IRPF del partícipe, si bien en el momento de rescate debemos cotizar por todo lo ahorrado durante años. Por otra parte, el ahorro generado en este Plan de Pensiones no puede rescatarse ni disponerse del mismo hasta llegada la edad de jubilación u otros supuestos que a continuación se detallan:

- Desempleo de larga duración;
- Enfermedad grave y/o de fallecimiento del partícipe;
- Dependencia severa y de gran dependencia.

- Transcurridos 10 años desde la primera aportación (a partir de 2025).

No está permitido, por tanto, rescatar ni total ni parcialmente lo ahorrado con anterioridad a la edad de jubilación a no ser que sea por alguno de los motivos anteriormente indicados. **Si se permite**, sin embargo, mover nuestros ahorros de un Plan de Pensiones a otro Plan de Pensiones⁶, en lo que se denomina un traspaso.

Si como partícipes vemos que la rentabilidad de nuestro Plan de Pensiones es baja o bien que nos conviene adquirir otro perfil como ahorradores (más dinámico, más conservador) podemos traspasar nuestros fondos, así como la rentabilidad que éstos hayan generados a otro Plan de Pensiones. Dichos traspasos no se encuentran limitados(aunque sí **pueden generarse comisiones** por la solicitud de los mismos) por lo que podemos hacer tantos traspasos como deseemos.

Cabe también la posibilidad de ser *partícipes* (ahorradores) de varios planes de pensiones a la vez, pero en el momento que estemos cobrando la jubilación no podremos estar cobrando la prestación y por otro lado aportando capital.

¿Es eso siempre cierto?

Aunque el objetivo de este instrumento financiero es tener un complemento a la pensión de la Seguridad Social, aún habiéndonos jubilado, podremos seguir realizando aportaciones al Plan de Pensiones, siempre y cuando aún no hayamos iniciado el cobro de nuestra jubilación.

Podemos ser partícipes (ahorradores) de varios planes de pensiones a la vez, pero en el momento que estemos cobrando la jubilación, no podremos estar cobrando la prestación y por otro lado aportando capital.

6. También está permitido los traspasos de Planes de Pensiones a un producto PPA (Plan de Previsión Asegurado) y viceversa.

No debemos olvidar que:

Como apuntábamos más arriba, los Planes de Pensiones se caracterizan por ser deducibles. Esto significa que el participante podrá deducir de su Base Imponible del IRPF las aportaciones realizadas a un Plan de Pensiones, hasta un límite de 8.000 € al año.

Con esta característica el ahorrador obtiene una ventaja añadida como es la de pagar una cuantía menor a la que le correspondería en la declaración anual de la Renta en función de sus ingresos.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas deducciones aplicadas sobre las cuantías aportadas a Planes de Pensiones



deberán tributarse, junto con sus intereses en el momento del rescate como rendimientos del trabajo a través de IRPF.

Es decir, para un trabajador que gana al año 30.000€ brutos y aporta a su plan de Pensiones ese año 5.000€, la base imponible de su declaración de la renta de dicho ejercicio no será de 30.000€ sino de 25.000€.

Por el mismo motivo, si el año en que se jubila un trabajador que gana al año 30.000€ recibe a su vez el rescate de un Plan de Pensiones de 20.000€, la base imponible del IRPF para dicho ejercicio no será de 30.000€ sino de 50.000€.

Una vez más debemos instar a los consumidores a efectuar, desde una posición informada y responsable, una reflexión crítica acerca de la conveniencia, o no, de contratar este tipo de productos o dar otro tratamiento a sus ahorros: cualquiera de las decisiones que se adopte puede ser buena, pero partiendo de la premisa de actuar desde una posición informada, reflexiva y responsable. Por el contrario, sin esta premisa, es posible que cualquier decisión pueda llegar a ser desacertada y podamos lamentarla en un futuro.

II) Los planes de previsión asegurados (PPA)

La principal novedad que aporta el PPA como producto de Previsión Social es revestir la forma de un contrato de seguro.

A diferencia de un Plan de Pensiones, el PPA es un seguro de vida, que otorga una serie de prestaciones en caso de fallecimiento (normalmente las primas aportadas, más la rentabilidad obtenida, más un porcentaje fijo sobre lo anterior) y otra serie de prestaciones en el caso de supervivencia. Está pensado como un producto de *ahorro-previsión* por lo que los supuestos de supervivencia son más extensos y beneficiosos para el cliente que los de fallecimiento. No obstante, queda apuntado que cuando hablemos de un PPA lo estamos haciendo de un contrato de seguro.

Las aportaciones a los planes de pensiones son deducibles, pero sin embargo, deberán tributarse todas las percepciones económicas, que incluyen los intereses, ya se reciban como un único pago o en forma de renta, en el momento del rescate como rendimientos del trabajo a través de IRPF.

Resumen de productos PPA del ejercicio 2017

Magnitud	2016	2017	Variación absoluta	Variación %
Primas (millones de €)	1.764,45	1.402,45	-362,00	-20,52%
Provisión matemática final (millones de €)	12.327,19	11.953,34	-373,85	-3,03%
Prestaciones (millones de €)	510	546	37	7,22%
Nº de asegurados	1.026.370	990.205	-36.165	-3,52%

Fuente: "Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2017". Ministerio de Economía, Industria y Competitividad - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Los PPA garantizan una rentabilidad mínima por lo que las primas aportadas en estos productos no pueden sufrir pérdidas y la provisión matemática⁷ relativa a la indemnización habrá de ser siempre superior a las primas aportadas.

Los PPA son productos pensados para generar un ahorro a rescatar y disfrutar en la jubilación aunque como también sucede en los Planes de Pensiones, también pueden cobrarse (rescatarse) en otros supuestos como el desempleo de larga duración, el fallecimiento o enfermedad grave del asegurado o transcurridos 10 años desde la aportación de la primera prima (a partir de 2025).

Los PPA comparten, además, otras características con los Planes de Pensiones, como por ejemplo su fiscalidad ventajosa (ya nos hemos referido en este capítulo a la fiscalidad diferida al momento de rescate); son deducibles hasta 8.000€ al año como norma general. Del mismo modo también son productos transferibles; podemos mover nuestros fondos de un PPA a otro PPA de otra entidad que otorgue una mayor rentabilidad o más nos convenga, así como traspasarlo a un Plan de

7. La provisión matemática de este tipo de productos es la suma de las primas más la rentabilidad menos las comisiones.

Pensiones. Todo ello requerirá nuevamente de una decisión meditada desde la una posición informada acerca de las características y normas del instrumento al que nos propongamos o nos propongan movilizar nuestros ahorros.

► PRODUCTOS DE AHORRO- PREVISIÓN ALTERNATIVOS

Entre los productos de ahorro-previsión alternativos, destacan los siguientes:

Los seguros de vida de ahorro

Planes individuales de ahorro sistemático (PIAS).

1) Los seguros de vida de ahorro

No garantizan la devolución íntegra de los pagos que realicemos. Son seguros con los que buscamos obtener un rendimiento de capital determinado previamente en un plazo preestablecido en el contrato, a cambio de desembolsos únicos o periódicos previamente fijados (prima).

Es decir, se fija una rentabilidad determinada y unas primas a pagar por parte del asegurado. De cumplir este con los pagos al asegurador que se establezcan, este reembolsará la prestación pactada si se cumplen las condiciones señaladas en la póliza. Se trata en este caso de un seguro de vida con garantía de supervivencia.

Estos productos de ahorro sí posibilitan el rescate de las aportaciones que hayamos realizado a los mismos, normalmente bajo tres posibilidades:

- **Capital:** cobro en una sola vez;
- **Renta:** durante un período determinado o vitalicia; y,
- **Mixtos:** que son una combinación de los dos anteriores.



Pero ¡atención!; Los seguros de vida-ahorro no son de capital garantizado, por lo que es posible que lo ahorrado pueda sufrir pérdidas.

Es decir, la rentabilidad estipulada depende de elementos ajenos al contrato, como pueden ser el estado de una cartera de activos o la evolución de distintos indicadores del mercado. Las primas aportadas, por tanto, pueden minorarse o perderse totalmente en algunos casos.

II) Planes individuales de ahorro sistemático (PIAS)

El PIAS es un seguro de vida, que incorpora una prestación por fallecimiento y una prestación distinta por supervivencia. La prestación por fallecimiento supone el pago al beneficiario o heredero de las primas aportadas más un porcentaje fijo sobre las primas.

Sin embargo, el PIAS se diseña y se distribuye como un producto de previsión de ahorro a medio-largo plazo por lo que la garantía más atractiva será la de supervivencia, que consistirá en una rentabilidad generada sobre las primas aportadas por el asegurado. De este modo se va constituyendo un ahorro periódico que se ve incrementado con los intereses que genera dicho dinero.

Los PIAS tienen una rentabilidad mínima garantizada y, a diferencia de los PPA, si pueden rescatarse anticipadamente. Es decir, el asegurado podría disponer de todos sus ahorros en cualquier momento y sin necesidad de justificar nada.

En el momento de hacer efectiva la prestación el PIAS admite tanto el **Rescate Total** (retirar la totalidad de los ahorros y cancelar el contrato) como la **constitución de una Renta Vitalicia**. En este segundo caso, los productos PIAS tendrían un componente fiscal ventajoso y es que no tributarían, en algunos supuestos, los intereses generados por las primas aportadas. Al contrario de lo que sucede con los Planes de Pensiones, las primas aportadas no son deducibles (“*descontables*”) del Impuesto de la Renta.

► EL RÉGIMEN FISCAL

Todos los productos de *Previsión Social* están pensados para constituir un ahorro que pueda complementar a la jubilación contemplándose a su vez otros supuestos de necesidad, como una incapacidad, un fallecimiento prematuro o el paro de larga duración.

Por este motivo el ahorro en estas condiciones se ha considerado por los gobiernos algo positivo tratando de fomentarse mediante la aplicación de políticas tributarias ventajosas para algunos productos como los Planes de Pensiones y los PPA.

Todos los productos de Previsión Social están pensados a priori para constituir un ahorro que pueda complementar a la jubilación

Actualmente sólo se permite reducir de la base imponible general del IRPF las aportaciones y contribuciones a los siguientes sistemas de previsión social:

- Planes de pensiones;
- Mutualidades de previsión social;
- Planes de previsión asegurados;
- Planes de previsión social empresarial;
- Primas satisfechas a seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o gran dependencia.

¿Qué límite es el máximo que nos podremos deducir?

Por regla general las aportaciones anuales deducibles no podrá exceder de **8.000 euros o de el 30%** de los rendimientos netos de trabajo y actividades económicas.

Desde 2013 también darán derecho a reducción las contribuciones empresariales a seguros colectivos de dependencia, debiendo figurar como tomadora del seguro⁸, exclusivamente la empresa y la condición de asegurado y beneficiario corresponderá al trabajador.

Cuando recibimos nuestro dinero, ya sea como capital o bien mediante la constitución de una renta vitalicia, deberá tributarse como rendimientos del trabajo a través del IRPF.

Cuando el ahorro generado se materializa en la prestación, es decir, cuando recibimos nuestro dinero, ya sea como capital o bien mediante la constitución de una renta vitalicia, **deberá tributarse** (tanto las primas aportadas como los intereses generados) **como rendimientos del trabajo a través del IRPF**, debiendo practicarse las retenciones a cuenta que correspondan.

8. Lo que en otros productos se llama "inversor" o "participe".



► CONSEJOS A TENER EN CUENTA

El principal consejo a la hora de contratar un producto de Ahorro-Previsión será tener bien claro desde el primer momento para qué se quiere ahorrar y cuáles son nuestras previsiones y necesidades económicas y personales, así como nuestra capacidad para sufrir pérdidas. No deberá ser tratado del mismo modo un ahorro pensado para completar la jubilación que un ahorro programado para la compra de una vivienda o para cambiar de coche en unos años.

Una vez que sepamos qué tipo de ahorro queremos constituir deberemos buscar el producto que más se adecúe a lo que necesitemos, debiendo tener en cuenta suficientes variables para no quedar atrapados en un producto, viéndonos en

la desagradable situación de no poder contar con unos ahorros cuando nos sobreviene una necesidad o una urgencia.

Es fundamental conocer y contemplar los siguientes aspectos a la hora de constituir un ahorro mediante un producto de *Previsión Social*:

- **Rentabilidad;** Debemos tener en cuenta que actualmente la rentabilidad de los productos financieros así como los de ahorro-previsión es muy baja debido a que se encuentran vinculados a los tipos de interés, también muy bajos ahora, por lo que deberemos asumir que **una alta rentabili-**



dad supone un alto riesgo, con la posibilidad de perder nuestros ahorros.

- **Liquidez;** Habrá que atender a las situaciones en que el producto elegido permitirá la disposición del dinero ahorrado. Si consideramos que nuestros ahorros deben estar disponibles en cualquier momento para poder atender una urgencia deberemos optar por productos con liquidez inmediata y que no penalicen en exceso esta situación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, a mayor liquidez, habrá una menor rentabilidad. Así, los Planes de Pensiones y los PPA son productos con una baja liquidez puesto que delimitan mucho los supuestos en los que puede accederse a la prestación. Los PIAS sin embargo cuentan con una mayor liquidez.
- **Capital Garantizado;** Un producto de capital garantizado, como un PPA o un PIAS garantiza que el ahorro aportado no corre ningún riesgo y que lo único que puede fluctuar serán los intereses que generen las primas aportadas. Se trata de productos más seguros y estables que, por el contrario, suelen generar una menor rentabilidad.
- **Fiscalidad;** En algunos productos de previsión social obtendremos una fiscalidad ventajosa a la hora de hacer nuestra declaración de la Renta (PPA y Planes de Pensiones) y en otros casos a la hora de rescatar los ahorros (PIAS). En el caso de los Planes de Pensiones y los PPA, que permiten deducir las primas aportadas del IRPF, habrá que tener en cuenta que cuando se haga efectiva la prestación deberá tributarse todo (primas aportadas e intereses generados) como rendimientos del trabajo. Es decir, **lo que hoy supone un ahorro mañana deberá tributarse**. Llegado el caso habrá que buscar la manera menos gravosa de rescatar el ahorro generado.

Hay que tener en cuenta que, en general, a mayor liquidez o posibilidad de recuperar con rapidez nuestros ahorros, habrá una menor rentabilidad.



¿Qué otras cosas deberían tenerse en cuenta a la hora de elegir un producto de previsión social para constituir un ahorro?

Damos a continuación unas recomendaciones a tener en cuenta:

- **Edad;** Con edades más jóvenes los productos que impliquen cierto riesgo, pero mayor rentabilidad, pueden ser más recomendables que en edades más avanzadas dado que se cuenta con más años de potencial ahorro para poder amortizar posibles pérdidas, para que la situación de pérdidas pueda revertirse. Por el contrario, en una edad avanzada, en la que queda poco tiempo para acceder al rescate de lo ahorrado, puede resultar más aconsejable decidirse por productos que revistan menos riesgo de pérdidas, puesto

que no sería posible que no hubiera ya tiempo para revertir una situación de pérdidas.

- **Edad de jubilación;** Actualmente la edad de jubilación varía enormemente en función de los perfiles profesionales; un autónomo tiene nulas o escasas oportunidades de acogerse a una jubilación anticipada de carácter voluntario. Por el contrario, un profesional de la función pública puede anticipar en mayor medida la jubilación efectiva sin que ello menoscabe su poder adquisitivo. Si el ahorro que vamos a constituir está pensado para complementar la jubilación habrá que atender a nuestras circunstancias particulares en función de nuestra profesión.
- **Ingresos y deudas;** La principal variable del ahorro que vamos a generar vendrá determinada por nuestro poder adquisitivo así como por nuestro endeudamiento. Si deseamos generar un ahorro moderado deberemos atender a los supuestos de paralización de los productos de previsión, es decir, a la posibilidad de dejar de aportar primas al producto y de las consecuencias que esto puede tener.
- **Comisiones;** Cuando tengamos claro cuánto y de qué manera queremos ahorrar habrá que atender a las comisiones que tenga cada producto, puesto que las hay; *de apertura, de gestión, por traspaso*, etc. Las comisiones no vienen establecidas por norma alguna, aunque sí limitadas en su cuantía, por lo que variarán de unos productos a otros, no serán las mismas en todos los fondos, gestoras ni depositarias.

No habrá que olvidar, finalmente, que las rentabilidades históricas que refiere un producto de previsión en concreto no garantiza rentabilidades futuras por lo que independientemente de la solvencia o trayectoria de la entidad con la que se contrate y la confianza que nos genere el producto en sí habrá que atender a todo lo aquí indicado para poder realizar una compra informada y evitar sorpresas desagradables en algo tan delicado como nuestros ahorros.

Las rentabilidades históricas que refiere un producto de previsión en concreto no garantiza rentabilidades futuras

En el Estado Español se aplica el sistema de reparto, de manera que se intenta garantizar una pensión a cada persona, lógicamente de distinto alcance en función de lo cotizado.

Y, por último, tres últimos consejos:

- a) Lo que para un consumidor es lo más adecuado, no quiere decir que también lo sea para otro. La realidad, las posibilidades, las necesidades, la capacidad de soportar pérdidas y la planificación de cada persona varían y son distintas.
- b) Para ayudarnos a decidir qué es lo mejor para nosotros, acudamos a un profesional de la mediación o asesor fiscal/financiero, o a una asociación de consumidores.
- c) Los obsequios-regalo de periodos promocionales para la captación de ahorradores no deben ser el principal factor a la hora de decidir qué producto de *Ahorro-Previsión* escoger para canalizar nuestro ahorro. La recepción de una batería de cocina, una vajilla o un ambientador para el coche no debe mediatizar nuestra decisión: estamos hablando de nuestros ahorros.

El llamado “eterno debate”

Desde hace ya muchos años se mantiene el debate en torno a la sostenibilidad del actual sistema público de pensiones. En pocos años hemos pasado a una situación en la que se ha aumentado de manera importante el número de personas que recibe una prestación pública de jubilación frente a un descenso de cotizantes, se trata de lo que se ha venido a llamar el envejecimiento de la población.

Existen otros sistemas públicos de pensiones menos solidarios que no son de reparto, sino de capitalización, en el que cada trabajador destina sus propias cotizaciones a su futura jubilación. Sin embargo en el Estado Español se aplica el sistema de reparto, de manera que se intenta garantizar una pensión a cada persona, lógicamente de distinto alcance en función de lo cotizado.

Resulta posible, como hemos visto, que los ciudadanos complementen el sistema público de pensiones con un sistema

privado de productos de previsión social. Sin embargo, el acceso a estos productos de previsión sólo está al alcance, en muchos casos, de personas con un nivel adquisitivo alto, precisamente aquellos a los que en ocasiones no les resulta necesario, no necesitan ahorrar.

Por otra parte, lo cierto es que este tipo de productos favorecen principalmente a las rentas altas, por lo que debe considerarse que los consumidores con rentas medias o bajas deben hacer sus propios cálculos acerca de la conveniencia de contratar este producto, considerando no sólo la exención fiscal de las aportaciones, sino también las consecuencias de



la fiscalidad diferida, en virtud de la que, a la hora del rescate de nuestros ahorros deberemos declarar íntegramente el dinero rescatado como rendimientos del trabajo.

Para modificar esta tendencia es necesario que se normalicen en mayor medida la contratación de estos productos de *Ahorro-Previsión* y que los mismos cuenten con una serie de incentivos fiscales que realmente motiven su contratación.

IV
LOS PRODUCTOS
DE INVERSIÓN

IV LOS PRODUCTOS DE INVERSIÓN

Mercado primario. Mercado secundario.....	132
Riesgo	137
Sistema financiero	137
Los activos financieros	139
Sociedades de Capital.....	140
Productos de inversión	142
Renta Fija.....	142
Obligaciones subordinadas	144
Renta Variable	145
Fondos de Inversión.....	148
Productos Híbridos.....	148
Las acciones preferentes.....	149
Productos Derivados.....	151
Productos Estructurados	152



Aunque los productos de inversión no sean propiamente de seguros, entendemos acertado efectuar una aproximación a ellos en este trabajo a efectos de favorecer la posibilidad de que el consumidor medio pueda determinar cómo afrontar el tratamiento de sus ahorros desde una posición informada acerca de los riesgos que al que lo somete. Lo cierto es que los seguros de ahorro e inversión, a que ya nos hemos referido, mantienen muchos paralelismos con los productos de inversión, con los instrumentos financieros; de hecho, los gestores de los seguros de ahorro e inversión invierten nuestros ahorros en productos financieros.

Por ello, como venimos haciendo a lo largo de este manual, queremos suscitar en el consumidor alguna reflexión acerca de los productos de inversión, del “mundo de las inversio-

nes”, que en general debemos contraponer a los de ahorro. Los instrumentos financieros, o productos de inversión, son en muchas ocasiones productos complejos, no están diseñados en principio para que su usuario sea el consumidor carente de conocimientos en el mercado de valores.

La primera cuestión a considerar es evidente, aunque muchas veces podemos perderla de vista o nos pueden intentar nublar la vista con deslumbrantes campañas publicitarias o eslóganes: rentabilidades pasadas no garantizan beneficios futuros. Tampoco a la inversa.

A diferencia del inversor profesional o del especulador, por regla general el ahorrador o inversor minorista, esto es, el consumidor, no tiene conocimientos ni experiencia para saber cuando entrar en el mercado, es decir, cuando “comprar”:



compra cuando puede, cuando tiene dinero procedente de sus ahorros, de su trabajo, o recibe algún ingreso extraordinario, muchas veces procedente de la herencia de sus padres. Pero es que, fruto de su inexperiencia y falta de conocimientos en los mercados, puesto que no están relacionados con sus estudios ni con su trabajo u oficio, tampoco conoce cuando debe salir...y eso hace que ante el temor de sufrir unas pequeñas pérdidas terminemos perdiendo mucho, por “aguantar”, “esperar” que haya un cambio, y ello a pesar de que, en general, los consumidores ignoran el funcionamiento interno del mercado o los estados fundamentales del valor que han comprado; solemos adoptar las decisiones que afectan a nuestros ahorros en base a la información verbal que nos proporciona el propio distribuidor de los productos financieros, que ante el evidente conflicto de interés que en muchas ocasiones se presenta entre las expectativas de beneficio de la entidad financiera y los del propio cliente, que deberían ser primados en virtud de una posición ética tanto como por aplicación de la vigente legislación que regula el sector, no siempre se comporta con la lealtad hacia el consumidor que sería deseable y le resulta exigible.

Es la reflexión responsable basada en el acceso a una verdadera información veraz única solución para mitigar los riesgos a que nuestros ahorros se ven sometidos, o al menos asumirlos de manera voluntaria desde el conocimiento de su existencia: no depositemos nuestros ahorros en aquellos instrumentos financieros, algunos muy complejos, incomprensibles para el consumidor medio, cuya naturaleza, variables, funcionamiento y riesgos no conozcamos y comprendamos a la perfección, recurramos a mediadores independientes y, sobre todo, a asociaciones de consumidores, que ningún interés tienen en que adquiramos uno u otro producto, para asesorarnos acerca de cualquier particular que no comprendamos y quizás pueda ser decisivo en la conservación de nuestro dinero.

Recurramos a mediadores independientes y, sobre todo, a asociaciones de consumidores, que ningún interés tienen en que adquiramos uno u otro producto, para asesorarnos acerca de cualquier particular que no comprendamos. ADICAE es absolutamente independiente y no se debe a clientelismo de ningún tipo.



Otra advertencia que hemos de hacer es que hay que ser prudentes, no dejarse llevar por falsas expectativas... todos podremos haber oído que quien comprara hace 20 años 6.000 dólares de acciones de Amazon hoy tendría 2.5 millones de dólares...

Sí, pero quien comprara hace esos mismos 20 años acciones de, por ejemplo, bancos recientemente absorbidos por otras entidades, difícilmente podrá mantener hoy en día algo de ese patrimonio, lo habrá perdido casi todo.

No olvidemos que la economía no es una ciencia exacta o matemática, sino que es una ciencia social.

Entendemos importante reseñar que la mayoría de los productos de inversión son oriundos de otras latitudes, generalmente de la Bolsa de Nueva York o de Londres, siendo por ello que en la mayoría de las ocasiones, tienen nombres desconocidos en cualquiera de las lenguas del Estado, lo que dificulta que indentifiquemos la naturaleza del instrumento financiero; tal cuestión se ve acrecentada con la fructífera imaginación de los departamentos de publicidad a la hora de diseñar productos que resulten atractivos a la vista del profano, del consumidor inexperto, que en ocasiones, se va a dejar llevar por impulsos, por la información recibida de personas que cuentan con su confianza.

Realizadas estas advertencias, lo primero que el consumidor ha de poder hacer es diferenciar los productos de inversión a renta fija de los de renta variable, los productos híbridos, los derivados y finalmente los estructurados. Especial atención a los de renta fija, pues el consumidor medio suele tener una errónea idea de cuál es su significado, de la seguridad que otorgan.

Antes de pasar a explicar de manera somera los distintos productos de inversión con los que nos podremos topa, se hace necesario realizar una serie de aclaraciones conceptuales para así entender de una forma más cabal donde debemos extrema las cautelas a la hora de dar tratamiento a nuestros ahorros. Como regla general, hemos de considerar que los productos complejos no están diseñados, a priori, para su suscripción por los consumidores, y complejos son los híbridos, los derivados, y los estructurados: su público objetivo no debiera ser en ningún caso el consumidor, sino que deberían dirigirse directamente al inversor profesional o especulador.

Vamos a efectuar, como decíamos, breve semblanza relativa a las principales cuestiones a considerar en relación con el

La mayoría de los productos de inversión tienen origen, generalmente de la Bolsa de Nueva York o de Londres, por lo que tienen nombres en inglés, lo que dificulta que indentifiquemos la naturaleza del instrumento financiero, cuestión que viene a complicarse más aun debido a la alta "creatividad" de los expertos en marketing.

El mercado financiero será aquél en el que confluyen demandantes y oferentes de fondos, de dinero, donde los activos son comprados y vendidos por los operadores del mercado.

sector del mercado de valores, el de las inversiones; en esta parte, que se plantea como un apéndice a este manual de seguros, se pasará de puntillas respecto de diversas cuestiones de las que se mencionan: de manera contraria al resto del manual, el propósito no es en este caso el de formar al consumidor, dado que la cuestión es sumamente compleja en ocasiones, de manera que consideramos que no debiera el consumidor medio suscribir determinados productos; por el contrario, la intención de este apéndice es precisamente la de alertar en tal sentido, dejar constancia de la complejidad de alguno de estos productos, de manera que el consumidor pueda determinar por sí mismo la inadecuación de su contratación.

Como decimos, aunque por razones organizativas hemos considerado esta ubicación como idónea, a continuación de los llamados seguros de ahorro, este capítulo referido a los productos financieros debe ser considerado como un apéndice, un anexo al presente manual.

► MERCADO PRIMARIO. MERCADO SECUNDARIO.

Para explicar los mercados primarios y secundarios, habremos de entender primero a qué nos referimos cuando se habla de “**mercados**”.

El escenario de juego del *sistema financiero* es lo que llamamos “**mercados**”.

Un mercado es el lugar donde confluyen vendedores y compradores (entre la oferta y la demanda).

El **mercado financiero** será aquél en el que confluyen demandantes y oferentes de fondos, de dinero, donde los activos son comprados y vendidos por los operadores del mercado.

¿Quiénes son los operadores del mercado? Son el conjunto de instituciones e intermediarios en los mercados, que en nuestro caso, serán los mercados financieros.

¿Qué hemos de entender, por lo tanto, como mercado primario?

El **mercado primario** está compuesto por la totalidad de las transacciones de compra y venta de participaciones de capital social de empresas no cotizadas en bolsa.

También son mercado primario las operaciones (compra y venta de títulos) de financiación de un Estado al emitir deuda pública, con independencia del plazo de amortización.

También se considera mercado primario la compra de unas participaciones de un ciudadano en una sociedad limitada (S.L.).



¿Qué se entiende por el mercado secundario?

Es el mercado de la negociación o de la transacción de operaciones, dónde se negocia cualquier [título financiero](#) tanto de [renta fija](#), como de [renta variable](#), o mixto, así como divisas.

Es la bolsa... aunque no sólo.

Una característica de lo que se compra y vende en el mercado secundario es que por lo general *suele* tener una fácil conversión en dinero.

En éste **mercado secundario** se compran y venden títulos que ya fueron emitidos y cotizan libremente conforme a las reglas del mercado.

En el mercado secundario existen dos subtipos, cuya importancia en los últimos años está aumentando.

- Mercado Organizado: En éste caso, se realizan las transacciones a través de una "[cámara de compensación](#)"⁹, que vela por el buen funcionamiento del mismo.

Un ejemplo de mercado organizado es el mercado de *Futuros*.

- Mercado no organizado¹⁰: En este mercado no existe regulación y los contratos son *ad hoc, no hay reglas, cada cual puede establecer el tipo de contratación que tenga por oportuno*. Su atractivo es que aunque las garantías son menores, sus costes de adquisición y/o los costes de salida o venta -o de *deshacer posiciones*- son también menores.

Los productos cotizados en estos mercados han gozado de mucha difusión en medios especializados, donde no pocas personas creyendo saber han adquirido los mis-

En el mercado secundario se compran y venden títulos que ya fueron emitidos y cotizan libremente conforme a las reglas del mercado, por lo que su valor podrá subir o bajar, fluctuando en virtud de diversas circunstancias que, en general, son desconocidas para el consumidor medio.

9. Una "cámara de compensación" es un sistema integrado por un grupo de entidades bancarias con la finalidad de intercambiar y liquidar entre ellas todo tipo de activos y documentos compensables.

10. También denominado [mercado OTC \(OvertheCounter\)](#).



mos, sin saber sus posibles efectos perversos. Fruto de la ignorancia, en ocasiones de la avaricia y casi siempre del engaño, en un principio han adquirido la idea de ser más listos y afortunados que los demás, que más tarde ha tornado en la desesperanza de soportar la pérdida de sus ahorros.

También existen diferencias fundamentales entre **Mercado Crediticio** y de **Valores** en función de los sujetos participantes y de los objetos de negociación.

En el **mercado crediticio** pueden obtener fondos -crédito- tanto los consumidores y unidades familiares como las empresas de cualquier tamaño.

En el mercado crediticio sólo puede contratarse capital-deuda ya que las operaciones realizadas son de préstamo o crédito.

En cambio, en el **mercado de valores** tan sólo se realizan préstamos de fondos a las empresas de cierto tamaño y a los Estados.

En éste mercado será posible realizar operaciones tanto de capital-deuda como de capital-riesgo ya que también pueden adquirirse participaciones en el capital de las sociedades que han emitido acciones.

Está claro que el mercado organizado será mucho más transparente que el mercado no organizado.



Siguiendo con las definiciones relevantes para este apartado, entendemos procedente explicar el concepto de

► RIESGO

Riesgo, desde un punto de vista asegurador es la “probabilidad de que ocurra un evento dañoso”, y desde un punto de vista puramente financiero, es la incertidumbre sobre la evolución de un activo (acción, valor, etc.).

Viene a ser, por lo tanto, la posibilidad de que nuestros ahorros aumenten, disminuyan, o se pierdan en su integridad.

► SISTEMA FINANCIERO

El “**Sistema Financiero**” es el conjunto de intermediarios, mercados e instrumentos que conectan las decisiones de ahorro o inversión con las de gasto.

Viene a ser el escenario en el que operan la oferta y demanda, a través de instrumentos jurídicos y económicos, y medios humanos, materiales y técnicos.

La transformación de los **activos financieros** emitidos por las unidades inversoras (el patrimonio de las empresas y otros agentes poseedores de capital) en activos financieros indirectos (los fondos, los captadores de inversión, las sociedades cotizadas), es la materialización de la intención de las entidades de que **inviertan** los **ahorradores** en ellos: es en eso en lo que consiste la **canalización**. Es la forma de que consumidores que, en principio, no invertirían sus ahorros en esas sociedades, lo hagan.

¿Quiénes son los que “operan” o intervienen en el mercado?

El conjunto de instituciones e intermediarios en los mercados, en nuestro caso, financieros.

El “Sistema Financiero” es el conjunto de intermediarios, mercados e instrumentos que conectan las decisiones de ahorro o inversión con las de gasto.



Existen dos tipos de intermediarios financieros:

- **Los intermediarios financieros bancarios**, que además de una [función](#) de mediación pueden generar recursos financieros que son aceptados como medio de pago. Dentro de este [grupo](#) está el [Banco](#) de [España](#), la [Banca](#) Privada, las Cajas de Ahorro y las Cooperativas de Crédito.
- **Los intermediarios financieros no bancarios**, que se diferencian de los anteriores en que no pueden emitir recursos financieros, es decir, sus pasivos no pueden ser [dinero](#). Dentro de este grupo se encuentran entre otros las entidades gestoras de la [Seguridad](#) Social, Instituciones [aseguradoras](#), Agencias de Valores, [Leasing](#), [Factoring](#), etc.)

En España la máxima [autoridad](#) en [materia](#) de [política](#) financiera corresponde al [Gobierno](#) de la Nación, siendo el Minis-

terio de Economía principalmente - y el de Hacienda en menor medida- el máximo responsable de todos los aspectos relativos al funcionamiento de las instituciones financieras.

Este Ministerio ejerce sus [funciones](#) a través de cinco órganos ejecutivos:

- [Dirección](#) General de Política Comercial e [Inversiones](#) Exteriores;
- [Banco de España](#);
- [Dirección General del Tesoro y Política Financiera](#);
- Dirección General de [Seguros](#) Y Fondos de Pensiones ([DGSy-FP](#));
- Comisión Nacional del [Mercado](#) de Valores ([CNMV](#)).

▶ LOS ACTIVOS FINANCIEROS

Los denominados activos financieros, **también conocidos como instrumentos financieros**, son títulos o valores emitidos por las unidades económicas de gasto, que conforman un medio de intentar mantener riqueza en quienes los poseen y al mismo [tiempo](#) un pasivo para quienes lo generan.

Es decir, si compramos participaciones de capital de la empresa que sea, para los compradores esa participación en el capital es un activo, digamos *un ingreso (término que no debemos equiparar con tenencia de riqueza en todos los casos, pues puede estar sujeta a fluctuaciones en su valor)* y deberá tributarse en el IRPF.

Para la empresa a la que hemos comprado ese título valor, es una "deuda", que adquiere con el comprador (el volumen de la "deuda" también fluctuará en función del valor de mercado del activo).

Las participaciones de capital, suponen para el comprador un activo (no siempre significa una ganancia) y para la empresa a la que hemos comprado el valor, supone una deuda que adquiere con el comprador.

Las sociedades de capital son empresas mercantiles, cuyo objeto y fin es dar cumplimiento al ánimo de lucro

El precio- llamado cotización- de esa “deuda” fluctuará conforme las reglas de la oferta y demanda con la oscilación de la cotización del valor dentro del mercado, tanto primario como en su caso, secundario (en general).

Como vemos se convierte en un pasivo para unos y en un activo para otros por lo que, al ser una suma que dá CERO, no aumenta la riqueza Nacional, aunque sí genera una enorme movilidad patrimonial y tributaria.

Los activos financieros que cotizan en los mercados, a diferencia de los de otro tipo, se caracterizan principalmente por:

- **La liquidez**, pues es relativamente fácil traducir el título que hemos adquirido en capital;
- **El riesgo**: conforme la definición que ya hemos realizado, éste va en función de la [probabilidad](#) de que, a su [vencimiento](#), el emisor cumpla, o no, las [cláusulas](#) de [amortización](#).
- **La rentabilidad**, que hace referencia a la posibilidad de generar intereses u otros rendimientos (vgr. de tipo [fiscal](#)) al inversor. La rentabilidad en muchos productos podrá ser positiva o negativa.

► SOCIEDADES DE CAPITAL

Las sociedades de capital son empresas mercantiles, cuyo objeto y fin es el ánimo de lucro.

Desgranando el concepto, de un lado tenemos “ánimo” se refiere al afán, a realizar tareas para la consecución de una finalidad.

El sustantivo “lucro” que hace referencia a beneficio o ganancia.

El ánimo de lucro según el Diccionario Mapfre de Seguros es la “intención de obtener beneficio, provecho, ventaja o utilidad”.

Las principales sociedades de capital que existen en nuestro ordenamiento son las Sociedades Limitadas y las Sociedades Anónimas, siendo el capital social suscrito junto a algunas peculiaridades en cuanto a su funcionamiento, el principal matiz diferenciador ambas:

- Sociedades de Responsabilidad Limitada: se han de constituir con no menos de 3.000 euros;
- Sociedades Anónimas: se han de constituir con no menos de 60.000 euros¹¹.

11. Art. 4.1 y 4.3 del [RDL 1/2010](#).



▶ PRODUCTOS DE INVERSIÓN

Aclarados una serie de conceptos básicos, hemos de saber que los productos de inversión se clasifican en:

- Renta Fija;
- Renta Variable;
- Fondos de Inversión;
- Productos Híbridos;
- Productos Derivados;
- Productos Estructurados.

Analizaremos sus peculiaridades para después entrar a analizar algunos de los productos de inversión concretos.

Productos de inversión de Renta Fija

Son productos que reconocen una deuda por quien los emite a favor del adquirente, aunque no garantizan la devolución del dinero aportado por el inversor. Es decir, los Estados (si es renta fija pública) o¹², las empresas (si es renta fija privada)¹³, emiten unos títulos por los que se obligan a devolver el importe que corresponda en un plazo determinado que como ahorradores hemos pagado, a cambio de darnos unos intereses, llamados *cupón*, pero la denominación no implica que se garantice en todo caso la devolución íntegra de nuestros ahorros.

Si queremos que el emisor de la deuda nos vuelva a comprar nuestro título antes de su vencimiento, nos hará un descuento, es decir, por ese “vencimiento anticipado” nos pagará menos de lo que deberíamos cobrar al vencimiento pactado.

12. El Reino de España emite letras del tesoro a 3, 6, 9 y 12 meses de vencimiento; Bonos con vencimiento a 3 y 5 años; y Obligaciones del Estado con vencimiento a 10, 15 y 30 años.

13. Los principales productos de esta naturaleza son: “Pagarés de empresa”; “Bonos y Obligaciones simples”; “Obligaciones subordinadas” y “participaciones preferentes”; “Titularizaciones de activos”; “Cédulas hipotecarias”. Para más información, pueden ver la página <https://www.cnmv.es/Portal/inversor/RentaFija-Privada.aspx>.

Los emisores de renta fija emiten unos títulos por los que se obligan a devolver el importe que corresponda en un plazo determinado que como ahorradores hemos pagado, a cambio de darnos unos intereses, llamados cupón, pero la denominación no implica que se garantice en todo caso la devolución íntegra de nuestros ahorros.



En el caso de la deuda emitida por empresas, hay diferencias entre el accionista *tradicional* y el inversor en deuda.

El accionista es propietario de la empresa, pero el inversor en deuda es acreedor, por lo que si ésta quiebra, el inversor en deuda tendrá preferencia de cobro frente al “copropietario”.

De otro lado, **es erróneo pensar que invertir en renta fija no conlleva riesgos...incluso es erróneo pensar eso en deuda pública.**

Todo producto de inversión contiene riesgo en mayor o menor medida.

¿Qué riesgos tenemos en este caso?

El riesgo de mercado, es decir, que el importe que pagamos por el título que tengamos valga después menos de lo que habíamos pagado; **el riesgo de liquidez**, lo que conlleva que no podamos venderlo; y el **riesgo de crédito**...si el emisor de la deuda quiebra o sufre una notable minusvalía en sus recursos propios, en su calidad crediticia, **no cobramos ni el capital invertido ni los “prometidos” intereses.**

De los productos de inversión a renta fija, queremos destacar las

Obligaciones subordinadas

Son productos de renta fija, es decir, con un rendimiento determinado pero a largo plazo y una elevada rentabilidad.



Suelen ofrecerlos como *depósitos bancarios*, pero en realidad no lo son, sino que son títulos emitidos por un banco con una fecha de vencimiento determinada. Si queremos venderlos antes de la misma, será casi seguro que perdamos parte de lo invertido, por lo que tiene baja liquidez.

A su vez, tienen alto riesgo pues sólo están “avalados” por la entidad que las emite, y dependeremos de su solvencia para recuperar el capital invertido y cobrar alguna rentabilidad. Es relevante destacar que si la entidad bancaria quiebra – y ya hemos visto varias en ésta década- sus titulares van por detrás de los bonistas, los depositantes, titulares de cuentas y de los tenedores de pagarés.

Además, como NO SON UN DEPÓSITO BANCARIO, no están garantizados por el [Fondo de Garantía de Depósitos](#).

Si todo parecen inconvenientes, ¿por qué se ofrecen?

Por las altas rentabilidades que *prometen* los bancos emisores.

SON PRODUCTOS SUMAMENTE COMPLEJOS, NO ADECUADOS PARA EL CONSUMIDOR AHORRADOR QUE CARECE DE AMPLIA CULTURA EN LOS MERCADOS DE VALORES Y EXPERIENCIA: SU DESTINATARIO NATURAL ES EL INVERSOR PROFESIONAL.

Productos de inversión de Renta Variable

Se entienden como tales productos, aquellos sobre los que, al momento de su adquisición, se desconoce el rendimiento o comportamiento que van a tener en el futuro.

Hablamos en sentido estricto de las acciones, las cuales se agrupan en 4 clases:

- Acciones ordinarias;
- Acciones privilegiadas;

Las obligaciones subordinadas son productos sumamente complejos, no adecuados para el consumidor ahorrador que carece de amplia cultura en los mercados de valores y experiencia.



- Acciones sin voto;
- Acciones rescatables.

El beneficio de la inversión en estos productos puede venir por la emisión de dividendos, es decir, beneficios por parte de la empresa o por las plusvalías por su venta posterior.

De otro lado, si vendemos las acciones también podremos tener beneficios o plusvalías, es decir, si compramos a "XX" euros las acciones un día y las vendemos otro a "XXX", habremos tenido una "X" de beneficio.

Pero también tendremos que tener en cuenta que, podremos tener minusvalías, es decir que las compremos a “XX”, y a la hora de venderlas, cobremos “X”...quizá para intentar no venderlas por “x”.

Son riesgos intrínsecos a nuestra inversión.

Desde [ADICAE](#) recomendamos siempre prudencia, siendo importantísimo recordar que:

- Las acciones no tienen una rentabilidad predecible.
- Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras.
- Las variables en la cotización de una acción superan las de la compañía, con elementos ajenos como la situación macroeconómica, la evolución de otros mercados, de los tipos de interés, de la inflación, etc.

Al contrario de lo que le ocurre al consumidor medio, que carece de herramientas que le permitan conocer la evolución de las variables a las que nos hemos referido y otras de especial incidencia en la subida y bajada del precio de las acciones, hay operadores en el mercado de capitales que disponen de dichas habilidades, por lo que lo normal está que sean quienes puedan predecirlas y disponer órdenes de compra o de venta que les permitan minorar incrementar sus ganancias o, al menos, minorar sus pérdidas. Como decimos, es probable que el consumidor, carente de conocimientos financieros y de las citadas habilidades, sea quien haya de soportar en mayor medida la pérdida de sus ahorros.

- No tienen plazo de vencimiento, por lo que la inversión sólo puede deshacerse mediante la venta de las acciones, es decir, “deshaciendo posiciones”.

Desde ADICAE recordamos no adquirir productos que no comprendamos y de los que no tengamos constancia de las posibilidades de pérdida de nuestros ahorros.

En la práctica, se constituyen en instrumentos por los que, un consumidor que no invierte en la Bolsa de manera directa, lo haga de forma indirecta.

Fondos de Inversión

La inversión en los fondos se hace mediante la suscripción de participaciones.

Cada uno de los inversores recibe un número de participaciones que va en función del importe que hemos invertido dividido entre el [valor liquidativo](#) aplicable a la operación.

Este valor liquidativo aplicable es el del mismo día de la solicitud que realizamos, aunque en ese momento no lo tengamos concretado, salvo en algunos casos¹⁴.

Por lo general sabremos el valor liquidativo al día siguiente de nuestra solicitud.

No obstante reseñar nuevamente que, aun siendo “garantizados”, siempre hay riesgo en toda inversión.

En la práctica, se constituyen en instrumentos por los que, un consumidor que no invierte en la Bolsa de manera directa, lo haga de forma indirecta, por cuanto las gestoras de estos fondos invertirán sus activos, nuestros ahorros, en instrumentos financieros, ya sean acciones, productos híbrido, u otros.

Productos Híbridos

Se trata de productos que por su naturaleza no pueden clasificarse como de renta fija, ni tampoco de renta variable. De ahí su carácter híbrido, ya que tienen algunos aspectos asimilables a la renta fija y otros aspectos de la renta variable.

Dentro de éstos, destacan las manidas *preferentes*, que tanta litigiosidad han aportado debido a su indebida colocación a un tipo de público a quien, en principio, no iba destinado, el inversor minorista, el consumidor medio, en suma

14. En los ETF's.

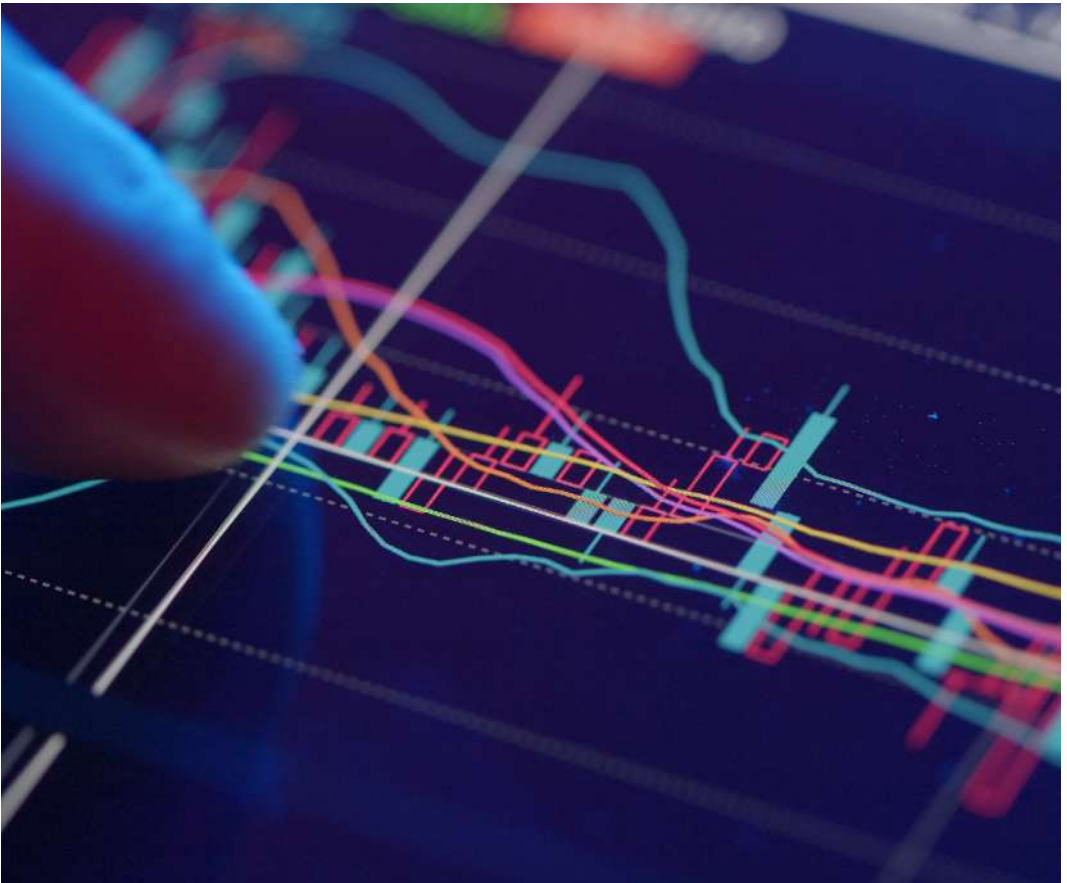
Las participaciones preferentes

Hemos oído en las noticias y quizá hasta por alguna persona de nuestro entorno, que han sido víctimas de las participaciones **preferentes**.

¿En qué consisten?

Son productos híbridos¹⁵, pues durante un período de tiempo tienen una rentabilidad fija, pero pasado ese plazo, su valor fluctúa.

15. Al igual que los Bonos y obligaciones convertibles y/o canjeables.



Cada entidad emisora dota a éstas participaciones preferentes de unas peculiaridades propias, pero en todo caso, éste tipo de acciones se caracterizan porque no trasladan al inversor los derechos políticos de las acciones ordinarias, es decir, que el inversor no podrá asistir a la Junta de Accionistas a dar su opinión, no pudiendo opinar sobre ampliaciones de capital social o sobre OPA's, por ejemplo.

A cambio de tal *cesión de soberanía de capital*, tienen "preferencia" los *preferentistas* en el cobro de los dividendos frente a los propietarios de acciones ordinarias. Igualmente en caso de quiebra de la sociedad.

La rentabilidad de éstas acciones tiene tres variables:

- El capital invertido;
- La evolución del resultado de la empresa en sí;
- El dividendo de las acciones ordinarias.

Entonces, ¿por qué se han hecho tristemente famosas en la sociedad y ruinosas para muchos consumidores?

Pues porque éste tipo de acciones está *pensado* para operaciones a largo plazo para inversores institucionales, y no particulares ni pequeños ahorradores.

¿Dónde está el "engaño"?

Pues en si nos han ofrecido tales preferentes como un "plazo fijo", como un depósito, que es lo que el consumidor suele utilizar para dar tratamiento a sus ahorros, sin alertarnos de que pueden subir o bajar su valor, así como si tampoco nos dejan venderlas en un plazo determinado, o la empresa no las "rescata" cuando al pequeño inversor le interese, maximizando en muchos casos las pérdidas, que han superado en ocasiones el 50% de los ahorros depositados en ellas.

Las preferentes están pensadas para operaciones a largo plazo para inversores institucionales, y no particulares ni pequeños ahorradores.



Productos Derivados

Ojo....pues los **productos derivados** son productos de riesgo elevadísimo.

Su valor deriva de la evolución de los precios de otro activo subyacente. Los principales son los denominados "futuros", "opciones", "warrants", "certificados", "contratos de compra venta de opciones" y "contratos financieros por diferencias".

Al considerarlos productos inadecuados para su adquisición por el consumidor medio, no entraremos a analizar los diferentes productos derivados existentes en el mercado. Tan solo queremos dejar aquí expresión de que algunos de ellos constituyen verdaderas apuestas sobre variables impredecibles a priori, apuestas que nos podrán conducir a perder el 100% de nuestros ahorros.

Productos Estructurados

Son también productos de elevadísimo riesgo, pues por su propia naturaleza son complejos. Los [productos estructurados](#) consisten en la unión de dos o más instrumentos financieros en una sola estructura.

Acostumbran tener invertido en fondos de renta fija y en otros en renta variable, donde la “cesta” sea diversificada. Habremos de saber cómo se compone tal “cesta” para saber lo adecuado para nuestro perfil de riesgo y si se podrá materializar nuestra expectativa como inversores. En general, este tipo de instrumento financiero hace buena la máxima de que no debemos comprar, jamás, aquel productos cuya naturaleza, funcionamiento y riesgos no conozcamos y comprendamos a la perfección: consideramos este tipo de producto sumamente des-aconsejables para el ahorro del consumidor medio puesto que, al igual que los productos derivados, le puede acarrear pérdidas cercanas al 100%.

V

MEDIADORES
DE SEGUROS

V

MEDIADORES DE SEGUROS

I. El Agente de seguros.....	155
II. El operador banca seguros	156
III. El corredor de seguros.....	159
IV. La distribución de seguros por parte de las compañías aseguradoras.....	160
V. Los Comparadores	161

► I. EL AGENTE DE SEGUROS

La actual [Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados](#), regula las figuras de distribución de seguros que nos encontramos en nuestro día a día y con quienes tratamos para la contratación y las gestión de los aspectos de los seguros: tramitación de siniestros, gestión de recibos, etc.

La figura más conocida de entre las que regulan la citada Ley es el Agente de Seguros. El Agente, o **Agente Exclusivo**, es aquel que mantiene una relación mercantil con la aseguradora pero no forma parte de la misma. Es decir, el Agente Exclusivo vende los productos de la aseguradora pero no es empleado de la misma, sino que es un empresario independiente a la aseguradora que cobra una comisión por cada póliza en la que es mediador, generando una cartera de seguros sobre la cual tiene la obligación de velar y atender a



sus clientes para cuantas cuestiones relativas al seguro sean necesarias.

Las obligaciones que afectan al Agente Exclusivo refieren a su formación, siendo necesario que realice un mínimo de horas formativas a lo largo del año en materias propias del mercado asegurador. Del mismo modo el Agente Exclusivo sólo puede vender los seguros de una compañía aseguradora.

A todos los efectos, las comunicaciones hechas al Agente de Seguros surten los mismos efectos que si lo hiciésemos a la aseguradora. Las compañías apuestan por los Agentes Exclusivos ya que son profesionales de la mediación a la vez que personas cercanas y próximas a sus clientes, posibilitándoles la distribución de sus seguros.

Existe una figura de mediación, en extinción, denominada **Agentes Vinculados**. Éstos son Agentes Exclusivos a los que se les permite vender los productos de varias compañías aseguradoras. Estos, además de tener que cumplir con las mismas obligaciones en materia de formación, deben cumplir otros requisitos exigidos por la ley como contratar un seguro de caución y tener a disposición de sus clientes un departamento para la defensa del asegurado.

Los Agentes Exclusivos, y en menor medida los Agentes Vinculados, representan una fuerza de ventas muy importante para las compañías aseguradoras por lo que además de las comisiones cobradas por cada póliza vendida cuentan con un sistema de retribución atractivo que permite la obtención de grandes beneficios por el negocio de la mediación.

Las comunicaciones hechas al Agente de Seguros surten los mismos efectos que si lo hiciésemos a la aseguradora

► II. EL OPERADOR BANCA SEGUROS

Los Operadores de Banca – Seguros (**OBS**) constituyen a su vez un canal muy importante de distribución de Seguros. Supone una adaptación de la ley de mediación posibilitando que personas (jurídicas) como es una entidad bancaria pue-



dan actuar como Agente de Seguros. Por este motivo existirán a su vez **OBS Exclusivos**, que venderán los seguros de una sola aseguradora, y **OBS Vinculados**, que distribuirán productos de varias compañías.

Los OBS utilizan la red comercial de oficinas y sucursales de las entidades bancarias para la distribución y venta de seguros. Se trata de un canal de ventas muy conflictivo y que acumula una infinidad de reclamaciones por diversos motivos. En primer lugar, a diferencia de los Agentes Exclusivos, los OBS venden seguros a través de personas no especializadas en los conocimientos del mercado de seguros. Por este motivo, en muchas ocasiones la venta responde más a las necesidades de cumplir objetivos de la sucursal bancaria de turno que al verdadero interés asegurador del cliente que necesita contratar un seguro.

Las OBS también se han ganado una mala fama por la coacción que realizan a sus clientes para la contratación de segu-

ros como requisito imprescindible para acceder a otros productos de la entidad; como por ejemplo las hipotecas o los préstamos personales. Estos productos “vinculados” se nos vuelven obligatorios cuando queremos acceder a una financiación. En estos casos el cliente debe cancelar su actual seguro y contratar el que el banco estipule a través de su OBS por lo que en muchas ocasiones acaba contratando un producto de peor calidad, más caro y peor asesorado que el que tenía suscrito hasta entonces.

Lo cierto es que la ley tan sólo impone al propietario de un inmueble que solicita un préstamo hipotecario la contratación de un seguro de incendios que salvaguarde la integridad del inmueble que constituye la garantía del préstamo, y en ningún caso obliga a que se contrate con la aseguradora que imponga la entidad prestamista, el Banco; no obstante, en lo que constituye una mala práctica, el Banco suele imponer la contratación con la aseguradora de su propio grupo. Adicionalmente, y ofreciendo como contraprestación minúsculas ventajas relativas al tipo de interés u otras condiciones del préstamo con garantía hipotecaria, suelen aprovechar para efectuar lo que denominamos “venta cruzada”, es decir, nos imponen la contratación de seguros de pago (o de desempleo), de vida, u otro cualquiera. Debemos recordar que no son seguros obligatorios y efectuar cálculo respecto de si el pretendido ahorro en la retribución de la hipoteca compensa el pago de las cuotas a pagar durante largo tiempo por los seguros cuya contratación pretende sernos impuesta.

La ley tan sólo impone al propietario de un inmueble que solicita un préstamo hipotecario la contratación de un seguro de incendios que salvaguarde la integridad del inmueble que constituye la garantía del préstamo.

Las OBS, por tanto, acumulan un gran número de problemas en la gestión siendo lo cierto que, por lo común, carecen de asesoramiento especializado. Sin embargo aprovechan la estructura de la entidad bancaria a la que pertenecen para llevar a cabo sus ventas, convirtiéndose en un canal que efectúa gran número de ventas, en parte debido a las malas prácticas que hemos comentado.

Tipo de mediador	Total inscritos a 31/12/2016	2017		Total inscritos a 31/12/2017
		Altas	Bajas	
Agente exclusivo persona física	65.609	14.984	16.745	63.848
Agente exclusivo persona jurídica	11.947	932	916	11.963
Operador banca seguros exclusivo	15	0	1	14
TOTAL	77.571	15.916	17.662	75.825

Fuente: "Seguros y Fondos de Pensiones. Estudio 2017". Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

► III. EL CORREDOR DE SEGUROS

Los corredores de seguros son un tipo especializado de mediador de seguros. Cuentan con una formación de ámbito superior en el mercado asegurador y, a diferencia de los Agentes Exclusivos, pueden distribuir productos de seguros de varias compañías.

El corredor de seguros es un empresario que mantiene acuerdos con varias aseguradoras y que opera como el representante de sus clientes, los asegurados, ante las compañías aseguradoras. Es decir, no forma parte de la compañía sino que es un empresario independiente que, en el caso de conflicto de un cliente frente a la aseguradora debe actuar como representante de éste velando por el cumplimiento de sus intereses.

Los corredores de seguros tienen obligación de mantener vigente un **Servicio especializado de Defensa del Asegurado**. En caso de conflicto entre un asegurado y el corredor de seguros, este servicio debe emitir un dictamen que debería ser independiente respecto del aspecto conflictivo en cuestión, proponiendo una solución que someterá al acuerdo de las partes.

Corredores de seguros, inscritos en el registro de la dirección general de seguros y fondos de pensiones en 2017

	2017			Inscritos a 31/12/2017
	Inscritos a 31/12/2016	Altas	Bajas	
Personas físicas	893	77	66	904
Personas jurídicas	2.361	115	108	2.368
TOTAL	3.254	192	174	3.272

Fuente: "Seguros y Fondos de Pensiones. Estudio 2017". Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

► IV. LA DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS POR PARTE DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS

Hasta ahora hemos visto las principales figuras de mediación de seguros; Agentes, OBS y Corredores. Sin embargo las aseguradoras también pueden prescindir de este *canal de ventas mediado* para distribuir sus seguros y acudir directamente a los clientes para vender sus seguros. Se dice entonces que las aseguradoras realizan ventas mediante su **canal directo**.

Bien a través de un **call center** o de otros medios para contactar con el cliente, la aseguradora distribuye sus productos sin la figura del mediador. En este caso se ahorra la comisión que en caso contrario debería pagar al Agente, OBS o Corredor, permitiendo unas ventas si cabe con mayor rentabilidad.

Sin embargo, al prescindir del mediador se pierde también la posibilidad de contar con esta figura independiente, especializada y orientada al asesoramiento en caso de tener un problema con un siniestro o en una situación en la que estemos en desacuerdo con nuestra compañía aseguradora.

En general casi todas las aseguradoras mantienen un equilibrio en sus ventas entre las que son de gestión directa y

aquellas en las que interviene un mediador de seguros. Son canales de distribución que se gestionan con determinadas diferencias en cada caso pero que, en general, aportan ventas a la entidad. Por este motivo, las aseguradoras prefieren contar con unas ventas equilibradas entre canales.

► V. LOS COMPARADORES

En último lugar en este Capítulo hablaremos de los **Comparadores**. En los últimos años han adquirido relevancia los comparadores de seguros, siendo utilizados de forma masiva por los usuarios para calcular a través de internet el coste de sus seguros con varias compañías a la vez. Los comparadores ofrecen esta posibilidad así como un resultado comparativo bastante exhaustivo a disposición del cliente. Sin embargo, esta figura mantiene su zona de sombras. Veamos por qué.

¿Qué son los comparadores de seguros? La actual ley de mediación de seguros no recoge esta figura (veremos que la Ley que se encuentra en trámite de proyecto. Si se investiga un poco, se evidencia que los comparadores de seguros son, en realidad, mediadores de seguros. Es decir, son a su vez Agentes, OBS y Corredores de Seguros. La principal forma que adquieren es la de Corredor ya que les permite no sólo ofrecer condiciones de varias compañías aseguradoras al cliente que acude al comparador sino también contratar con cualquier compañía, emitiéndose una póliza mediada por el Corredor-Comparador que a su vez le generará una comisión.

Es decir, la información que arrojan los comparadores, como mediadores de seguros, es ciertamente poco imparcial. Las comparaciones están sujetas a interpretaciones en unos contratos tan complejos como lo son las pólizas de seguro, por lo que es posible mostrar lo mejor de una póliza y a su vez ocultar o pasar de largo por lo menos bueno. Teniendo en cuenta esto así como que los comparadores cobrarán una comisión por cada póliza que se contrate a través de su plataforma,

Podría decirse que los comparadores de seguros son, en realidad, mediadores de seguros, su independencia no está garantizada.

¿Qué póliza será la que mejor puntuada aparezca? Pues ciertamente aquella que mayor comisión le genere a la correduría de seguros que exista tras un comparador de seguros.

Adicionalmente, hemos de señalar que determinados comparadores, entre ellos algunos de los más conocidos por sus anuncios en los medios, son propiedad de determinados grupos aseguradores, por mucho que publiciten su independencia y la imparcialidad de sus informes.

Por la anteriores circunstancias, podemos afirmar que la imparcialidad de los comparadores está más que en entredicho. Sin embargo, pueden ser una buena herramienta para tantear precios de mercado así como para conocer las principales aseguradoras que operan en cada uno de los ramos.

Es de señalar que, con fecha 21 de mayo de 2018 se ha publicado en el [Boletín Oficial de las Cortes Generales -Congreso de los Diputados- \(número 22-1\) el Proyecto de Ley de Distribución de Seguros y Reaseguros Privados](#) que transpondrá la [Directiva de la Unión Europea 2016/97](#), redactada a efectos de armonizar las legislaciones de los países de la Unión Europea en relación con la regulación de los distribuidores de seguros; al final de este manual analizaremos las principales novedades que aportará la norma tras su aprobación. El Reino de España se encuentra fuera del plazo de transposición, que finalizó en julio de 2018, por lo que el riesgo de sanción es evidente.

VI

MECANISMOS
DE RECLAMACIÓN
EXTRAJUDICIAL.

QUÉ ES EL
CONSORCIO DE
COMPENSACIÓN
DE SEGUROS

VI
MECANISMOS DE RECLAMACIÓN
EXTRAJUDICIAL.
QUÉ ES EL CONSORCIO DE
COMPENSACIÓN DE SEGUROS

El “defensor del asegurado”	169
El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.....	172
Qué es el Consorcio de Compensación de Seguros	177

En [ADICAE](#) consideramos que unos mecanismos de resolución extrajudicial de conflictos que sean realmente efectivos son imprescindibles para solventar las cuestiones que puedan plantearse en las que el consumidor, ya sea tomador, asegurado o beneficiario del seguro, considere que su derecho se ha visto vulnerado por alguna actuación indebida de la aseguradora o de los distribuidores de seguros. Entre las ventajas de la resolución extrajudicial planteada de manera eficaz se contaría la rapidez en la resolución y la gratuidad para el consumidor, que no se vería obligado a la contratación de abogados y procuradores, consiguiéndose de manera adicional aliviar la saturación de juzgados y tribunales.

Por otra parte, ADICAE es principal impulsor de la acción colectiva para reclamar, de manera extrajudicial o, llegado el



caso, judicial, frente a abusos y malas prácticas que afectan a una pluralidad de consumidores, si bien en España la figura no está adecuadamente implantada.

En éste apartado abordaremos los mecanismos de reclamación extrajudicial del sector asegurador, o también conocidos como mecanismos alternativos de resolución de conflictos que el sector asegurador dispone, con los cuales se busca, o al menos esa era la intención original, evitar que un asegurado o un tercero afectado por un siniestro tengan que acudir a los juzgados y tribunales para ver atendida su pretensión. Sin embargo, ya veremos la efectividad que demuestran los sistemas alternativos o extrajudiciales de resolución de conflictos que se encuentran establecidos en la actualidad.

Como curiosidad que avala la importancia y utilidad de los métodos alternativos de solución de conflictos, señalaremos que no son una institución de reciente creación: en China hay relatos en el folklore de regiones próximas al Río Amarillo, que se remontan al reinado de Shuen... hace nada menos que 4.000 años.

En nuestra tradición jurídica nos encontramos con el Cónsul de la Plebe, donde en Roma, había un representante del pueblo que podía canalizar las quejas, reclamaciones y protestas ante el Senado, no pudiendo ser amenazado, ni castigado por ello.

En Aragón el Justicia Mayor es heredero directo del Cónsul de la Plebe, y el Defensor del Pueblo, también lo es.

En Valencia, el Tribunal de las Aguas se sigue reuniendo a día de hoy ante una de las puertas de la Catedral una vez por semana para dirimir los conflictos que puedan suscitarse entre los arroceros y huertanos por el uso del agua de la Albufera.

Desde principios del siglo pasado el Protocolo de Ginebra de 1923 o el Convenio Internacional de Ginebra de 1927 buscan crear órganos colegiados de arbitraje.

Una vía extrajudicial para la resolución de los conflictos que sea eficaz supone una vía rápida y más económica a la hora de resarcir a los perjudicados por un siniestro, ahorrando a estos acudir a la vía judicial.



La [Cámara de Comercio Internacional](#) de París creó la [Corte Internacional de Arbitraje](#), que es reconocida por la [ONU](#) como una agencia especializada en recopilación y actualización de usos comerciales internacionales.

En nuestro entorno jurídico más cercano tenemos la Convención Europea sobre Arbitraje Comercial Internacional de Ginebra de 1961; o la convención Europea sobre Arbitraje Comercial Internacional de 1962; o la Convención Europea de Estrasburgo de 1966 que contiene una ley uniforme de arbitraje y sus anexos.

En la conceptualización actual, nacen los mecanismos alternativos de resolución de conflictos en los albores de la década de los `80, como un instrumento para, de un lado, articular una pretensión amparada moralmente y con difícil encaje ju-



rídico, y de otro, poder plantear soluciones ante situaciones de mala imagen corporativa.

En Estados Unidos, durante la Administración Clinton se quiso cicatrizar heridas latentes desde la II Guerra Mundial, obteniendo una justicia moral a favor del lobby sionista, sin necesidad de entrar en visiones revisionistas de la historia, y al mismo tiempo, dando la posibilidad de zanjar esa misma deuda moral. Se buscaba, más que una solución “alternativa” de conflictos, una solución “adecuada” a éstos y a las partes.

Así se consiguió que empresas herederas de las que se significaron en los crímenes del Nacional Socialismo alemán, pudieran compensar a las víctimas de tales atrocidades, tanto a las directas, como a sus herederos o instituciones que los representasen.

De éste modo, expiaron sus culpas grupos como Bayern, UBS, Allianz, etc., acallando sus conciencias, o las de sus clientes, de la mano de la Responsabilidad Social Corporativa.

Así pues, realizada ésta pequeña introducción a los mecanismos alternativos de resolución de conflictos, para encuadrar éste capítulo, pasamos a abordar el primer punto del mismo:

► EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE, EL “DEFENSOR DEL ASEGURADO”

En la actualidad la ley impone que las aseguradoras designen un servicio de atención al cliente (SAC) cuyas principales características legales son:

- a) Ha de ser independiente de los departamentos o áreas de gestión de la compañía. Es decir, no pueden depender jerárquicamente de otro departamento, puesto que conllevaría la pérdida de autonomía que debe tener para poder decidir qué reclamante tiene razón y qué reclamante no la tiene, con independencia de cuál sea el motivo de la reclamación o queja.
- b) Aunque se denomine “servicio de atención al cliente”, éstos deben conocer y resolver también las quejas y reclamaciones de aquellas personas que no sean clientes o asegurados suyos, pero que estén afectados por la actuación del asegurador. Se piensa en las víctimas en un seguro de responsabilidad civil (por ejemplo de un accidente de tráfico), en los beneficiarios en seguros de vida, etc.

Y deberán ser tratados y atendidos igual a que si fueran un cliente del asegurador. Además es importante destacar que acudir a éste servicio es GRATUITO tanto para asegurados como para los que no lo sean, y tampoco se necesita acudir con un abogado.

La ley impone que las aseguradoras designen un servicio de atención al cliente, que deba de ser independiente de los departamentos o áreas de gestión de la compañía y deberá atender tanto a clientes como no clientes de forma gratuita.

No obstante la primera de las características señaladas, su independencia, debemos señalar que el SAC, que puede ser interno o externo a la compañía, siempre es retribuido por esta.

La norma que regula el establecimiento y funcionamiento del SAC es la [Orden ECO/734/2004 sobre departamentos y servicios de atención al cliente](#).

¿Cómo podemos reclamar nuestros derechos ante el defensor del cliente de una compañía de seguros?

Casi todas las compañías tienen en su página web un formulario, el cual podremos utilizar o no. En cualquier caso, nuestra queja o reclamación deberá contener:

- Identificación personal;



- Identificación de los hechos (nº póliza, siniestro, datos de intervinientes...);
- Lo que se pretende: la queja o la reclamación;
- Fecha y firma, la cual puede ser digital.

La podremos enviar, en soporte digital o papel, al SAC, o bien presentarla, aportando duplicado para que nos sea sellado como resguardo de presentación, en cualquiera de las oficinas del asegurador.

No se nos puede negar nuestro derecho a que sea recogida nuestra queja o reclamación en ninguna oficina del asegurador, ni tampoco sellarnos una copia, incluso en el caso de que la oficina sea de un agente, no directamente de la propia aseguradora.

Si la póliza está mediada por un corredor de seguros, hemos de saber que éstos han de tener un servicio de atención al cliente, distinto de el del asegurador.

Éste ha de ser también independiente y estar separado de la estructura y organización del corredor de seguros, pero solo conocerá de la propia actividad de asesoramiento e información que deba darnos el corredor, y no sobre otras cuestiones que le competan al asegurador.

Una vez presentada nuestra reclamación, ¿qué ocurre?

Aunque, como hemos dicho, cada asegurador tiene unos estatutos propios para su defensor del asegurado, el plazo máximo para que respondan nuestra reclamación será de 4 meses, o de 3 si es una queja.

Esa resolución, a nosotros como reclamantes no nos vincula, pero sí al asegurador. Es decir, si el defensor del cliente nos da la razón, la compañía de seguros deberá acatar la resolución y atender nuestra queja, pero si nos la quita, no tenemos por qué acatarla.

Si nuestra póliza está mediada por un corredor de seguros, hemos de saber que éstos han de tener un servicio de atención al cliente, distinto del del asegurador.

Entonces, si no nos han dado la razón, ¿ya solo nos queda acudir a los Juzgados? No, a continuación veremos el siguiente paso:

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

Antes de acudir a los procedimientos judiciales podemos acudir al *Supervisor* a plantearle nuestra queja o reclamación.

Ya hemos dicho anteriormente que, el sector asegurador estaba regulado y supervisado, como lo está el sector financiero por la Comisión Nacional del Mercado de Valores, o el bancario por el Banco de España. Pues bien, el regulador y supervisor, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dentro de las funciones de supervisión, incluye el tener un [servicio para atender estas quejas y reclamaciones de asegurados, partícipes, perjudicados, etc.](#)

Como hay algunas veces que creemos que tenemos un seguro pero es un producto bancario, o creemos que nuestra reclamación está dentro de la esfera puramente aseguradora pero se escapa de ésta, se ha creado lo que se llama “ventanilla única”, donde presentamos nuestra queja o reclamación ante la Dirección General de Seguros, ante el Banco de España, o ante la Comisión Nacional del Mercado de Valores, e internamente se asigna el organismo competente para resolver nuestra queja o reclamación, sin que nosotros tengamos que ir de ventanilla en ventanilla, hasta acertar, como ocurría en fechas recientes. Como vemos, esta simplificación en las reclamaciones, a efectos de evitar confusiones respecto a la naturaleza del producto, da idea de la complejidad que, en ocasiones, revisten los productos de seguros, que en ocasiones se nos anuncian como productos absolutamente inocuos.

Es muy importante que tengamos en cuenta la figura de la dirección general de seguros, supervisor de los operadores del mercado de seguros.



¿Cómo se ha de reclamar?

Lo primero antes de reclamar ante el Supervisor, hemos tenido que haber reclamado al defensor del cliente del asegurador, y que éste no nos haya dado la razón o no nos hubiera respondido en plazo.

Es decir, el Supervisor solo actúa si hemos reclamado previamente al defensor del asegurado. Y en nuestra solicitud o reclamación deberemos aportar el comprobante de haber reclamado si no nos han respondido, o la contestación que nos hayan dado. En otro caso, nos notificarán el archivo sin entrar a conocer del asunto.

La reclamación se podrá hacer telemáticamente o por presentación en ventanilla, sometida a la normativa de procedimiento administrativo común vigente.

La resolución de los supervisores no es vinculante para el asegurador, por tanto las aseguradoras no están obligadas a cumplir la resolución que emita la Dirección General de Seguros.

Aunque haya modelos normalizados, no son obligatorios, por lo que podremos redactar nuestra queja o reclamación como más nos convenga, aunque eso sí, deberá contener, al menos:

- Identificación personal del reclamante y de a quién se reclama.
- Identificación de los hechos (nº póliza, siniestro, datos de intervinientes...).
- Lo que se pretende: la queja o la reclamación.
- Fecha y firma, la cual puede ser digital.

Ésta oficina también atiende reclamaciones relativas a corredores de seguros.

Se trata de un servicio gratuito y no necesita abogado.

Es paradójico que la resolución de los supervisores no es vinculante para el asegurador, por lo que en caso de que nos dieran la razón, la aseguradora no tiene por qué cumplir la resolución que emita la Dirección General, lo que evidentemente deja mucho que desear acerca de la eficacia del procedimiento.

Cuando presentamos nuestra reclamación ante el Supervisor, éste nos ha de informar en plazo de 10 días de que ha abierto el expediente, confiriendo un plazo de 15 días a la aseguradora para que efectúe alegaciones.

Tanto si hace alegaciones el asegurador como si no, en 4 meses el supervisor debería resolver nuestra reclamación, si bien, en la actualidad y en la práctica, los plazos superan el año.

Éste servicio realiza unos estudios estadísticos de los tipos de quejas o reclamaciones más habituales, siendo la última pu-

blicada a la fecha de elaboración de este manual, la memoria del 2016, que se puede consultar (descarga gratuita) en

---<http://www.dgsfp.mineco.es/sector/documentos/Informes%202017/Mrmmoria%20Reclamaciones%202016.pdf>

En el año 2016 se recibieron un total de 6.957 reclamaciones. Los ramos a los que habitualmente más reclamaciones se hacen son los multirriesgo, es decir, hogar, incendio, etc., seguidos de autos.

En general y de forma común a todos los ramos, la mayoría de las reclamaciones son por interpretaciones de las pólizas y los motivos de los rehúses de los siniestros.

Es decir, creemos que tenemos algo asegurado, y llegado el siniestro, resulta que nos dicen que no. Tal circunstancia evi-



dencia, en ocasiones, la defectuosa información recibida a la hora de la contratación, a consecuencia de la cual el asegurado ve defraudada su expectativa cuando lo que espera es una indemnización.

En seguros de ahorro las reclamaciones tienen que ver con la deficiente información y asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación de los seguros.

De ahí la importancia no solo de que entendamos el contrato, sino de que nos informemos previamente y nos asesoren de qué estamos contratando, del funcionamiento del producto, de los riesgos que presenta, de las principales variables



de influencia... En este sentido resulta sumamente práctica la simulación de escenarios: si se dan las circunstancias "X", nuestros ahorros se revalorizarán en un "___ %", pero si se dan las circunstancias, el escenario, "Y", perderemos un "___%" de nuestros ahorros. Resulta sumamente sencillo e ilustrativo.

En cambio en los seguros multirramos es decir, de hogar, locales, etc., las quejas van más por el lado de las valoraciones que los peritos hacen de los perjuicios.

Ahí es importante tener en cuenta los importes recogidos en la póliza para el continente y contenido.

En los seguros de autos, el mayor número de quejas viene de que las compañías no facilitan a las víctimas el informe médico concluyente que justifica la indemnización de la económica que le hacen al lesionado.

En la presentación de la memoria del 2017 el Supervisor puso el acento en este aspecto, pues, aparte de que la Ley obliga a facilitar ese informe, al no tenerlo se nos dificulta el ejercicio de nuestros derechos como consumidores.

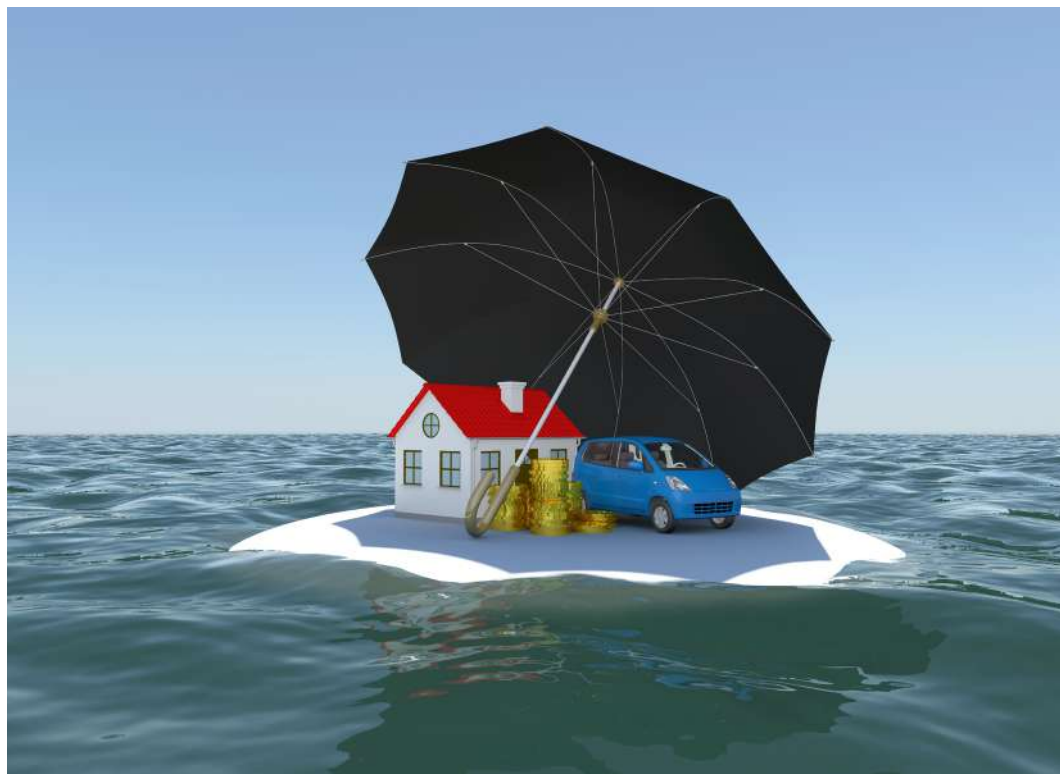
Las reclamaciones en materia de seguros pueden ser de distinta naturaleza dependiendo el tipo de seguros de la que emane.

► QUÉ ES EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Para finalizar ya nuestro trabajo, no queremos dejar de lado abordar, siquiera someramente, un ente público fundamental en el sector asegurador, el cual ha sido copiado en otros países, por su importante labor social.

Hablamos del [Consorcio de Compensación de Seguros](#) (CCS).

El CCS es una **entidad pública empresarial, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines**, dotada de patrimonio distinto al del Estado, que ajustará su actividad al ordenamiento jurídico privado, estando **adscrita al [Ministerio de Economía](#)**.



Su marco jurídico está recogido en:

- el [Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros](#).
- [Ley 12/2006, de 16 de mayo, por la que se modifica el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y la Ley 24/1988, de 28 de julio, del Mercado de Valores](#)

Aparte de su sede nacional, tiene 18 oficinas distribuidas en 15 delegaciones territoriales, que cumplen el objetivo de acercar la gestión de los asuntos a los asegurados y perjudicados.

El CCS nace para atender las necesidades de aseguramiento de la población española frente a riesgos de particular incidencia social.

Pero también el CCS asume el compromiso de amparar y proteger los derechos de los asegurados adoptando la opción más favorable ante distintas interpretaciones y valoraciones de un mismo hecho y propiciando la consecución de acuerdos extrajudiciales en la resolución de sus reclamaciones.

Pero, concretamente, ¿qué funciones tiene el CCS? ¿Para qué sirve?

Veremos que su función no es escasa; seguidamente detallamos algunas de las situaciones en las que el CCS interviene:

- Atiende los riesgos extraordinarios sobre las personas, los bienes y la pérdida de beneficios consecuencia de los mismos que no atienden directamente las aseguradoras. Es decir, cuando hay inundaciones, nevadas copiosas, etc., el CCS es quien indemniza a los perjudicados.
- Cuando se produce un accidente de circulación y el causante no tiene seguro o se da a la fuga, es el CCS quien indemniza a las víctimas.
- Cuando hay un accidente nucleare, por su responsabilidad civil.
- Cuando una aseguradora entra en liquidación, ¿nadie atiende a las víctimas de alguien que haya contratado una póliza con esa u otra aseguradora? Sí, el CCS.

Pero en el ámbito del seguro de autos, como es un seguro obligatorio, también si ninguna aseguradora nos asegura nuestro vehículo, el CCS está obligado a ello.

Pensemos que ésta hipótesis que ahora no es muy habitual, hace pocos años no era infrecuente, pues la mayoría de aseguradoras no aceptaban seguros de moto, ni de camiones

El CCS, Consorcio de Compensación de Seguros, es un órgano muy importante, muchas veces desconocido, que ampara al perjudicado en caso de que no exista aseguradora entre otros supuestos.

El CCS suele asegurar también el parque móvil del Estado y CCAA, tanto para coches oficiales de altos cargos, como de Policía, Guardia Civil, etc

y/o autocares, por lo que el CCS estaba obligado a asegurar ese tipo de vehículos, pues tienen que estar obligatoriamente asegurados. También en caso de automóviles de cierta antigüedad que las aseguradoras no adquiere asegurar por el incremento de riesgo que tal antigüedad implica, a priori.

También el CCS *suele* asegurar el parque móvil del Estado y CCAA, tanto para coches oficiales de altos cargos, como de Policía, Guardia Civil, etc.

Una función muy importante del CCS es la de actuar como fondo de garantía, pues en esos casos indemniza a las víctimas por los daños producidos por un vehículo desconocido o por un vehículo sin seguro. También si el vehículo está robado y se producen daños o víctimas, son indemnizadas por el CCS.

En el caso de los riesgos extraordinarios, es decir, inundaciones, tempestades ciclónicas, etc., el CCS indemniza a quien tuviera una póliza contratada con cualquier asegurador, en los siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que causen daños en las personas y en los bienes situados en territorio español, si bien también se cubren los daños a las personas por eventos ocurridos en el extranjero, siempre que el asegurado tenga su residencia habitual en España.

Pero exactamente, ¿Cuáles son los riesgos extraordinarios?

- Riesgos de la naturaleza: Terremotos, maremotos o tsunamis, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluidos los tornados así como los vientos con rachas superiores a los 120 Km. /h.), caída de cuerpos siderales o aerolitos, es decir, el impacto en la superficie del suelo de cuerpos procedentes del espacio exterior a la atmósfera terrestre y ajena a la actividad humana.
- Los hechos violentos como consecuencia de: Terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

- Los hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Para que el CCS asuma tal indemnización se debe dar alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que el riesgo extraordinario no esté específica y explícitamente amparado por la póliza de seguro contratada con la mencionada entidad.
- b) Que, estando amparados por contrato de seguro, los daños derivados de eventos extraordinarios, las obligaciones de la compañía aseguradora que emitió tal póliza no puedan ser cumplidas por haber sido aquella declarada en concurso o que, hallándose en una situación de insolven-



cia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por el propio CCS.

¿Cómo puedo reclamar un siniestro ante el CCS?

- A través del CAT (902 222 665 o 952 367 042).
- Por internet, a través de la web del CCS (www.conorseguros.es): sin limitación de días ni horario. Se exige, por motivos de seguridad, el certificado o DNI electrónicos.
- Por correo postal o entrega presencial de la documentación en soporte papel, en las oficinas/ delegaciones del CCS. Esta vía es la menos aconsejable, porque puede demorar la tramitación del expediente.

No olvidemos que, casi todas nuestras pólizas tienen aparejada otra, que es la que tenemos con el CCS y aunque pensemos que no le pagamos prima, podemos ver en el recibo del seguro que tenemos “recargos” en favor del CCS. Tales recargos, es la prima que cobra el CCS para atender todos estos supuestos.

Queda por lo tanto configurado el CCS como un organismo de protección, no ya solo a los asegurados, sino también a las víctimas, en muchos casos donde las aseguradoras no pueden llegar.

VII
LA FUTURA
TRANSPOSICIÓN
DE LA DIRECTIVA
DE MEDIACIÓN
DE SEGUROS

VII

LA FUTURA TRANSPOSICIÓN DE LA DIRECTIVA DE MEDIACIÓN DE SEGUROS

¿Qué es la nueva IDD?	185
Objetivos de la nueva IDD	186
¿Qué tipo de distribuidores propone la nueva IDD?	189
Principales novedades de la nueva IDD	194



► ¿QUÉ ES LA NUEVA IDD?

El Proyecto de Ley de Distribución de Seguros y Reaseguros Privados, conocido coloquialmente como la Nueva IDD, viene a regular el acceso y ejercicio de la distribución de seguros y reaseguros como actividad económica.

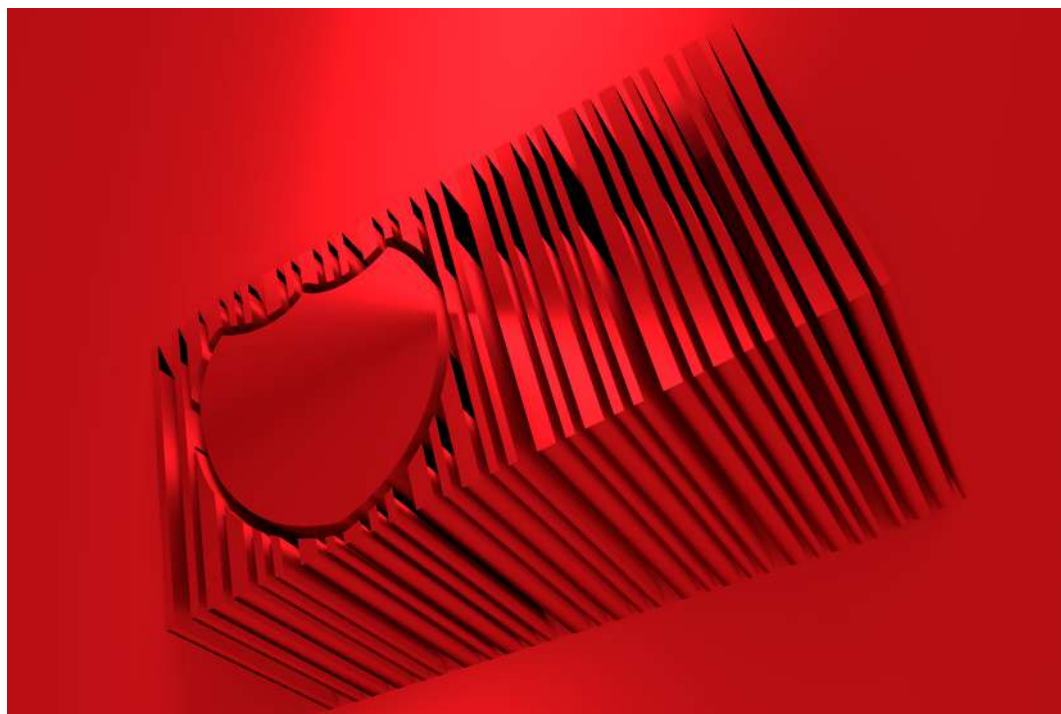
Tiene como objetivo la trasposición de la [Directiva Europea 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguros privados](#). Actualmente la Nueva IDD se traduce en España en un [Proyecto de Ley que, aprobado por el Congreso de los Diputados, fue publicado en el Boletín de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, número 22-1, de fecha 21 de mayo de 2018](#), siendo lo cierto que el Reino de España observa un notable retraso en la transposición de la Directiva, que debería ha-

berlo sido, como tarde, en el mes de julio de 2018, resultando por tanto evidente la posibilidad de sanción por parte de la autoridad europea.

Debemos tener en cuenta, por tanto, que cuando en lo sucesivo nos refiramos a la *Nueva IDD* lo estaremos haciendo a un Proyecto de Ley, es decir, sin validez legal por el momento y que, además, se encuentra sujeto a cambios y modificaciones respecto de su contenido y efectos.

► OBJETIVOS DE LA NUEVA IDD

Los objetivos que se propone regular la Nueva IDD con la trasposición de la mencionada Directiva Europea son los siguientes:



- Armonización mínima de las disposiciones nacionales de los países integrantes de la Unión Europea relativas a la distribución de seguros y reaseguros.
- Asegurar condiciones de competencia equitativa entre las distintas figuras de distribuidores de seguros.
- Garantizar un nivel de protección homogéneo al consumidor, independientemente del país en el que se encuentre y del tipo de distribuidor a través del cual haya contratado su seguro.
- Reforzar los mecanismos de transparencia y de información previa de la que deba disponer el consumidor.

Se trata, por tanto, de un nuevo intento de regular la actividad de la distribución de seguros con el que, además, se dote de nuevos mecanismos de protección al consumidor, una vez observada su carencia por los organismos europeos, imponiendo a las aseguradoras y distribuidores nuevos requisitos que deben cumplir en el proceso de venta y distribución de seguros. Tales circunstancias, a su vez, tendrán unos efectos en el mercado de seguros que revelan actuales carencias y vendrán a traducirse en lo siguiente:

- Ampliación del ámbito de aplicación de la actual [Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados](#) a distribuidores que, de facto, hoy distribuyen seguros sin que su actividad se encuentre regulada por normativa alguna.
- Requerimientos especiales en la fase de diseño de nuevos productos de seguro.
- Incremento de obligaciones de información y normas de conducta.
- Incremento de los requisitos en materia de formación para los distribuidores de seguros.

La nueva IDD (Directiva Europea de Distribución de Seguros), pretende entre otras cosas reforzar los mecanismos de transparencia y de información previa de la que deba disponer el consumidor.



El ámbito de aplicación de la Nueva ID afectará a (1) Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (2) Mediadores de Seguros y Reaseguros y (3) Mediadores de Seguros complementarios. Es decir, a todas las figuras a través de las cuales podemos, como consumidores, contratar un seguro, ya sea directamente con la propia aseguradora o bien a través de un intermediario, como un Agente de Seguros o un Corredor, pero también, y esto es una novedad, a través de un comparador de seguros o de otro tipo de plataformas web. Se regula igualmente la actividad de banca-seguros y, en la nueva figura de *Mediadores de Seguros Complementarios*, los tradicionales colaboradores o avisadores que vienen interviniendo en el mercado de distribución de seguros, sin un contrato directo con la aseguradora para la que venden seguros y al margen de regulación legal sectorial alguna, que pasarán con la Nue-

va IDD a ser considerados Distribuidores, debiendo cumplir todos aquellos requisitos relativos a formación y otros aspectos, que más adelante veremos.

Según el propio Proyecto, se considerará Distribución de Seguros a *...toda actividad de asesoramiento, propuesta o realización de trabajo previo a la celebración de un contrato de seguro o reaseguro, de celebración de estos contratos, o de asistencia en la gestión y ejecución de dichos contratos, en particular en caso de siniestro. También se entenderán incluidas la aportación de información relativa a uno o varios contratos de seguro de acuerdo con los criterios elegidos por los clientes a través de un sitio web o de otros medios, y la elaboración de una clasificación de productos de seguro, incluidos precios y comparaciones de productos, o un descuento sobre el precio de un contrato de seguro, cuando el cliente pueda celebrar un contrato de seguro directa o indirectamente utilizando un sitio web u otros medios.*

► ¿QUÉ TIPO DE DISTRIBUIDORES PROPONE LA NUEVA IDD?

Básicamente el panorama que dibuja el Proyecto de Ley dista poco de la actual normativa vigente, viniendo a proponer una relación de figuras o entidades a través de las cuales el consumidor puede acceder a la suscripción de una póliza de seguros, y que vienen a ser los siguientes

- Entidades aseguradoras
- Mediadores de seguros
 - Agentes de seguros
 - Agentes exclusivos
 - Agentes vinculados
- Corredores de seguros

Esta transposición supone un cambio en la regulación de los distintos tipos de distribuidores de seguros, respecto a los que hoy existen en el mercado.

Las propias compañías aseguradoras pueden acceder al cliente de manera directa sin pasar por ningún intermediario.

- Operadores de banca seguros (obs)
- OBS exclusivos
- OBS vinculado
- Mediadores de seguros complementarios

Repasemos estas figuras con algo más de detenimiento:

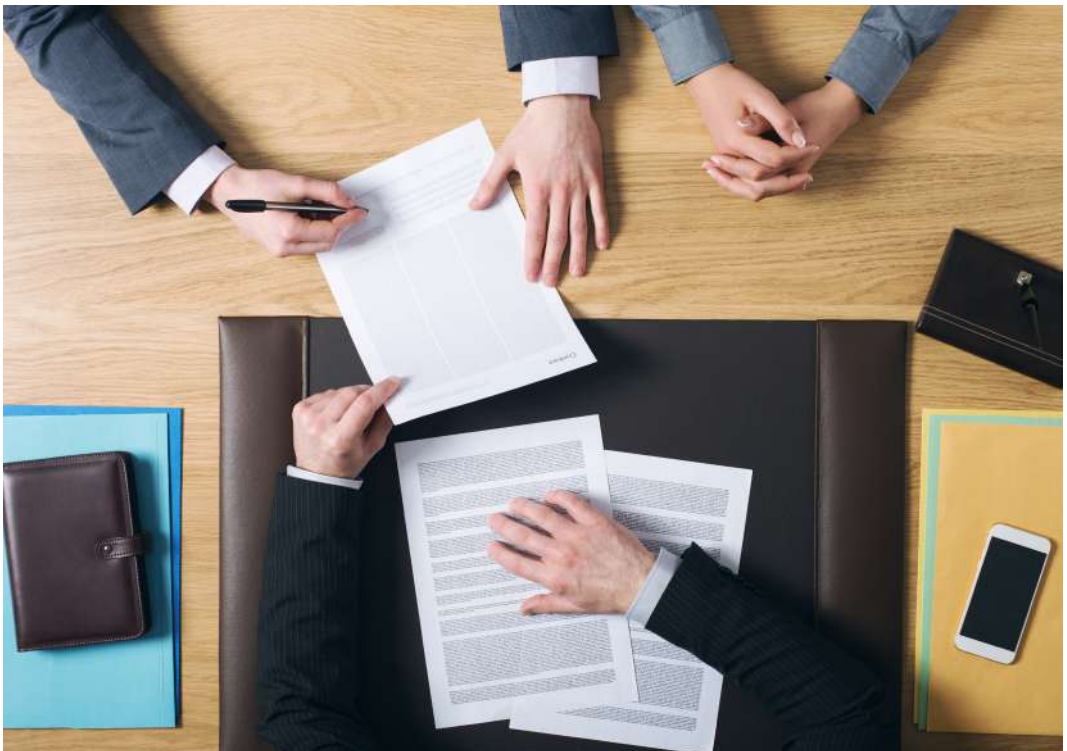
ENTIDADES ASEGURADORAS: Las propias compañías aseguradoras pueden acceder al cliente de manera directa sin pasar por ningún intermediario. Internet y los canales de distribución directa han facilitado mucho esta labor, como los call center, por lo que dicho canal se ha convertido en uno de los principales canales que utilizan las aseguradoras. Con la Nueva IDD las aseguradoras pasarán a ser considerados Distribuidores de Seguros por lo que deberán aplicar las mismas cautelas, precauciones y salvaguardas que cualquier otro distribuidor de seguros en el trato con sus clientes así como en la información previa que deban facilitar.

AGENTES DE SEGUROS EXCLUSIVOS: Se trata quizá de la figura más reconocible de la Distribución de Seguros. El Agente Exclusivo es aquel profesional que, siendo formalmente independiente de la aseguradora, mantiene una relación mercantil con esta, vendiendo sus productos de manera que todos los contratos se entienden realizados con la propia aseguradora con su mediación, y además sólo les está permitido distribuir los seguros de una única compañía aseguradora. Cabe, en consecuencia, poner seriamente en cuestión la independencia con que actúan estos distribuidores que trabajan en exclusiva para una única aseguradora bajo sus directrices comerciales y, en gran medida, en lo esencial, organizativas.

AGENTES DE SEGUROS VINCULADOS: Se trata de una figura menos conocida, y en extinción. También se trata de un profesional que mantiene una relación mercantil con la ase-

guradora, vendiendo sus productos pero, en este caso, le está permitido hacerlo para varias aseguradoras. Deben cumplir, además, varios requisitos adicionales como la suscripción de un seguro de caución y la puesta a disposición de sus clientes de un Servicio de Atención al Asegurado.

CORREDORES DE SEGUROS: Los corredores de seguros son profesionales independientes de las aseguradoras. Tienen contratos mercantiles con varias de ellas y puede distribuir sus productos de manera independiente bajo un criterio de objetividad, que únicamente cabría cuestionar en consideración a la distinta cuantía de los incentivos y retribución que puedan recibir de cada una de ellas. El corredor, además de independiente, debe presentar un perfil profesional que le ha de mover a actuar como representante del cliente ante



la aseguradora en caso de conflicto. Contar con un corredor debe significar, por tanto, tener una figura de asesoramiento especializado. Por este motivo, los corredores de seguros se encuentran sujetos al cumplimiento de mayores requisitos que el resto de los distribuidores de seguros respecto a la formación, debiendo cumplir también con la obligación de contratar un seguro de caución así como de poner a disposición de sus clientes un Servicio de Atención al Asegurado.

OPERADORES DE BANCA SEGUROS EXCLUSIVOS: Las entidades bancarias también vienen operando de hecho como distribuidores de seguros, incluso “imponiéndonos” la contratación de seguros cuando contratamos una hipoteca, asegurándonos la falsa obligatoriedad de contratar con ellos varios seguros o prometiéndonos pretendidas ventajas, y con la nueva normativa su actividad pasa a estar regulada, a diferencia de lo que sucede con la actual. Al igual que un agente exclusivo, pueden hacerlo para una aseguradora en concreto, siendo entonces OBS Exclusivos, distribuyendo los productos de la aseguradora a la que se encuentran vinculada a través de su red de oficinas y sucursales bancarias.

OPERADORES DE BANCA SEGUROS VINCULADOS: Al igual que los anteriores, esta figura de distribución trata de aquella que, siendo una entidad bancaria, se sirve de su red comercial de oficinas y sucursales bancarias para vender los productos de, en este caso, varias aseguradoras con las que mantiene una relación mercantil de mediación y por la que percibe una comisión de cada una de las ventas que aporte a la aseguradora, al igual que el resto de intermediarios.

Lo cierto es que la regulación de los operadores de Banca-seguros no parece demasiado exhaustiva, por cuanto tan importante asunto se ventila en 5 artículos de los 85 con que cuenta el Proyecto de Ley.

MEDIADORES DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS: El Anteproyecto de Ley regulará bajo esta figura a aquellas personas

Los corredores de seguros se encuentran sujetos al cumplimiento de mayores requisitos que el resto de los distribuidores de seguros respecto a su formación en materia de seguros.



o entidades que, considerándose distribuidores de seguros, tengan una actividad profesional principal distinta a la distribución de seguros así como aquellas profesiones en las que la distribución sea complementaria del bien o servicio al que se dediquen y que, en todo caso, no distribuyan seguros con cobertura de Vida o de Responsabilidad Civil salvo que sean complementarias del bien o servicio suministrado en la actividad principal.

Nos estamos refiriendo, por ejemplo, a los “comparadores”, instrumentos que, publicitados como independientes, en no pocas ocasiones no lo son tanto, por cuanto son dispuestos, son propiedad, de grandes grupos aseguradores.

► PRINCIPALES NOVEDADES DE LA NUEVA IDD

La Nueva IDD incorpora una serie de novedades a la actual regulación de la distribución de seguros. La primera de ellas refiere a la obligación que deberán cumplir todos los mediadores de llevar cuentas separadas. Deberán acreditar que las primas cobradas a sus clientes por los seguros distribuidos por ellos son depositados a cuentas separadas del resto de recursos económicos del distribuidor. Es decir, a diferencia de lo que ocurre ahora, deberán tener una cuenta corriente separada donde única y exclusivamente se cobren las primas de sus clientes y se liquiden las mismas a la aseguradora, evitando de este modo que las primas formen



parte de la financiación del mediador, de sus recursos propios, tratando de eliminar un error recurrente con fatales consecuencias en el sector, como es el cobro de las primas y la no liquidación con posterioridad a la compañía. En estos casos, ante un siniestro, el cliente se encuentra con la situación de haber pagado su seguro pero tener anulada su póliza y no tener cobertura por parte de la aseguradora, situación ante la cual tan solo le queda denunciar la conducta del mediador, de manera extrajudicial o judicial, para intentar obtener su resarcimiento; en caso de insolvencia o quiebra del mediador, el problema del tomador del seguro que ve defraudadas sus expectativas por el fraude, se complicaría notablemente. Es precisamente este supuesto de fraude el que trata de evitar la exigencia de cuentas separadas que pretende introducir la Nueva IDD.

Además de la obligatoriedad de las cuentas separadas todos los distribuidores de seguros deberán informar al cliente de la naturaleza de la remuneración que perciban por parte de la aseguradora así como del importe y el método de cálculo. Es decir, con la nueva IDD conoceremos qué beneficio obtiene nuestro mediador por la distribución del seguro que acabamos de comprar. Será éste un buen método para conocer antes de comprar si lo que pretende el mediador vendernos es el producto que más nos conviene a nosotros o bien el producto que más le conviene a él, lo cual a su vez también vendrá regulado por la Nueva IDD prohibiendo que un distribuidor nos ofrezca un producto que no se ajuste a nuestras necesidades. Atención especial, por tanto, deberemos prestar a este aspecto, que nos permitirá obtener indicio acerca de si el asesoramiento que se nos presta lo es en interés nuestro o en interés del propio distribuidor, como sucede en ocasiones.

También la Nueva IDD incorporará unos requisitos previos de honorabilidad, formación así como políticas y procedimientos internos de las aseguradoras para permitir la dis-

Los distribuidores de seguros deberán informar al cliente de la naturaleza de la remuneración que perciban por parte de la aseguradora así como del importe y el método de cálculo.



tribución de sus seguros. Es decir, las compañías deberán comprobar previamente al contrato de mediación con uno de sus distribuidores, que éste cumple unos requisitos concretos. Se intenta ampliar de este modo el grado de formación de aquellos distribuidores a través de los cuales vamos a contratar nuestras pólizas el día de mañana con la aprobación del Proyecto de Ley a efectos de que se nos pueda prestar un más eficaz asesoramiento: habrá que esperar a la aplicación práctica de la disposición para comprobar su efectividad.

En tercer lugar, y sin duda como una de las principales novedades que traerá la Nueva IDD será la aparición y homoge-

neización de la documentación informativa precontractual de los productos de seguro. A través de un nuevo formato, denominado “**IPID**” las aseguradoras tendrán la obligación de entregar junto con la oferta este documento que, en una o como máximo dos páginas, exponga claramente con expresiones, imágenes y logotipos previamente revisados y autorizados, las principales características del producto que están ofreciendo.

Si hoy comparamos información precontractual previa de un producto de seguro en concreto, como pueda ser el seguro de hogar, de varias aseguradoras serán documentos muy distintos, tanto en su formato como en la información que incorporan. Con la entrada de la Nueva IDD dicha información precontractual estará normalizada. Es decir, todas las aseguradoras trabajarán con el mismo modelo de documento de información precontractual, que además estarán obligadas a entregar junto con cualquier oferta que hagan a sus clientes. Así, cuando comparemos con la Nueva IDD información precontractual previa de un producto de seguro en concreto de varias aseguradoras estaremos ante la misma información en ambos casos, permitiéndonos realizar, ahora sí, un análisis objetivo en igualdad de condiciones.

Con independencia de este documento, lo cierto es que se incrementan notablemente los aspectos y circunstancias acerca de las que se nos debe facilitar información, a riesgo de que, la entrega de documentación tan copiosa se convierta en realidad en un exceso que confunda al consumidor y tan solo valga como justificación de la entrega formal por parte del distribuidor que finalmente le sirva a este para acreditar el cumplimiento de la normativa, en tanto no aporte nada al consumidor: es el mecanismo, ya conocido por todos y puesto en marcha con demasiada frecuencia por la Banca que consiste en “firme aquí, aquí, aquí y aquí, y también en este otro papel...”

Con la nueva IDD todas las aseguradoras trabajarán con el mismo modelo de documento de información precontractual, que además estarán obligadas a entregar junto con cualquier oferta que hagan a sus clientes, lo que deberá permitir al consumidor comparar las ofertas de las distintas aseguradoras.

En cuanto a las prácticas de venta combinada y vinculada, esto es, lo que venimos a denominar la venta cruzada, cuando acudimos a comprar o contratar un bien o servicio, y se nos vende además un seguro, el Proyecto de Ley le dedica un único artículo, amparando implícitamente la colocación de seguros aprovechando la contratación de una hipoteca, sin necesidad de cumplir ningún requisito.

Por último, saludamos la inclusión entre las infracciones a la norma del concepto de “práctica abusiva”, que de manera sorprendente sin duda para el profano no se encontraba recogida por la norma, “no existía para el legislador”, y ello pese a su cotidianeidad.



Edita

ADICAE, Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros
Servicios Centrales
C/ Gavín 12, local. 50001 Zaragoza.
www.adicae.net

Depósito legal: Z 2066-2018

Colabora

Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

A

ACCIDENTE: Acto imprevisto, que provoca lesiones en las personas y/o daño en las cosas; el accidente debe producirse como consecuencia de un hecho repentino y fortuito, no preparado o premeditado. Es causante del daño a indemnizar por la aseguradora. *Volver a página:* 26, 62, 69, 74, 76, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 105, 169, 179.

AGENTE DE SEGUROS: Persona o empresa que trabaja como distribuidor para una compañía aseguradora o varias. Es importante conocer que las comunicaciones que realicemos como asegurados frente al agente de seguros se entienden como realizadas directamente ante la entidad aseguradora. También se entienden realizadas por la aseguradora las que nos haga a nosotros el agente. *Volver a página:* 8, 155, 156, 157, 188.

ANEXO: Documento en forma de complemento o adenda que se incorpora a una póliza de seguros, normalmente al final de la misma, y establece modificaciones a determinadas condiciones del contrato de seguro. Para que sean válidas deben estar firmadas por asegurador y asegurado. *Volver a página:* 24.

ASEGURADO: Es la persona que se encuentra cubierta por el seguro: es, por tanto, la persona expuesta al riesgo y, al estar asegurado, tiene derecho al cobro de la indemnización si se produce el siniestro. El asegurado asume las obligaciones del tomador en el contrato cuando este no les da cumplimiento: principalmente y como más importante, corresponderá al asegurado el pago de la prima en caso de que el tomador no la pague. Además asume disfruta siempre los derechos que conceda el contrato de seguro (reparación, indemnizaciones...). Asegurado, tomador, y beneficiario pueden ser la misma persona, o distintas. *Volver a página:* 10, 51, 53, 58, 74, 79, 82, 90, 112, 116, 156, 165, 179, 182.

ASEGURADORA: Compañía que se encarga de analizar los riesgos, preparar el contenido del contrato y comercializar el seguro: asume con la firma del contrato la obligación de cobertura del riesgo y de pago de la indemnización si se produce el siniestro frente al asegurado. Por ley, el asegurador está obligado a ser una entidad regulada y supervisada. La comercialización la puede hacer a través de distribuidores de seguros, como el agente de seguros. *Volver a página:* 8, 31, 89, 138, 155, 165, 187.

B

BANCA-SEGUROS: Entidades bancarias que realizan la actividad de distribución de seguros actuando como agentes de seguros, para lo que utilizan toda su red de oficinas y sucursales. Pueden comercializar seguros de una o varias compañías aseguradoras; cada vez es más habitual la venta de seguros por parte de las entidades financieras, hecho que hace que en muchas ocasiones el consumidor pague un sobre-coste del seguro contratado al vincularse con otros productos como la hipoteca. (Al contratar una hipoteca, el banco condiciona de alguna manera su “concesión” o el establecimiento de determinadas “ventajas” a la contratación de uno o varios seguros que, en general, serán diseñados por la aseguradora vinculada al banco). La ley no obliga a la contratación del seguro de la vivienda (única que es obligatorio) con la aseguradora que imponga el banco. *Volver a página:* 188, 192.

BENEFICIARIO: Persona o personas designadas en el contrato de seguro que serán las que reciban las sumas de dinero, los servicios concretados en la póliza o la indemnización garantizada, para el caso que se produzca el riesgo asegurado. No tiene por qué ser el asegurado, sino el receptor de la indemnización: por ejemplo, tus padres pueden indicar al contratar un seguro que para el supuesto de que les ocurra algo, quedaran como beneficiarios sus hijos, o sólo uno de ellos designándolo expresamente. *Volver a página:* 11, 169.

BIEN ASEGURADO: Objeto sobre el que recae el contrato de seguro y en el que el asegurado tiene un interés económico. En definitiva, lo que aseguras contra la producción de un daño. *Volver a página:* 16, 23.

BUENA FE: Principio de actuación de las partes que debe presidir todo contrato de seguro y que implica que deben actuar con la máxima honestidad, sin limitar ni exagerar los efectos, derechos y obligaciones que se recogen en el contrato. Se trata de un estándar de comportamiento que tienen que tener todas las partes del contrato. *Volver a página:* 12, 25.

C

CARENCIA: Periodo de tiempo que transcurre desde la contratación del seguro hasta que se puede empezar a disfrutar de la prestación contratada o parte de ella. En los seguros de salud, es muy normal que algunas intervenciones o servicios tengan un periodo de carencia para evitar que la gente contrate el seguro existiendo ya una enfermedad con diagnóstico previo. *Volver a página: 187.*

CLÁUSULA: Pacto que figura en el contrato, se suelen identificar por números o letras, y en su contenido se detallan las normas o estipulaciones que regulan la relación entre la aseguradora y asegurado. *Volver a página: 8, 140.*

CLÁUSULAS LIMITATIVAS: Condición por la que se restringen o limitan los derechos de los asegurados a la indemnización una vez que se ha producido el siniestro. Estas cláusulas deben ser redactadas de forma clara, precisa y visible. Se encuentran aparte de las condiciones generales y particulares y deben ser aceptadas expresamente (firmadas) por el asegurado. *Volver a página: 41.*

COMISIÓN: Dinero que recibe el mediador de seguros por suscribir o mantener una póliza, así como por el desarrollo de sus funciones. Equivale a un porcentaje de las primas conseguidas por éstos en su labor de comercialización. *Volver a página: 94.*

CONDICIONES GENERALES: Estipulaciones previstas en el contrato de seguros, que han sido redactadas previamente por la entidad aseguradora, que se aplican en masa a todos los contratos de un mismo tipo, ya que hacen referencia a cuestiones comunes a todos ellos. En ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados. *Volver a página: 41, 62, 85.*

CORREDOR DE SEGUROS: Profesional que realiza la actividad de mediación de seguros privados, ofreciendo asesoramiento independiente, e imparcial a los usuarios que precisan contratar un seguro para cubrir un determinado riesgo. No están vinculados directamente a las compañías aseguradoras, por ello tienen el compromiso de asesorarnos e informarnos de forma imparcial de las distintas alternativas que existen en el mercado. *Volver a página: 171.*

CORREDURÍA DE SEGUROS: Nos referimos a la compañía mercantil que realiza la función de corredor. Pueden ser personas individuales o desarrollar su actividad como empresa. *Volver a página: 162.*

CUOTA: Cantidad que se establece en las tarifas para el cálculo de la prima de seguro. *Volver a página: 158.*

D

DEPRECIACIÓN: Es la pérdida de valor que sufre el objeto que hemos asegurado a consecuencia del uso, desgaste y/o el transcurso del tiempo. La aseguradora puede por lo tanto reducir el valor de la indemnización que nos abonará al valor que tuviera el bien justo antes del siniestro. *Volver a página: 79.*

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES: Es el organismo de control y supervisión de la actividad aseguradora en España, actuando en el marco del Ministerio de Economía. Tiene como funciones esenciales la autorización de desarrollo de actividad aseguradora, supervisión de documentación técnica y contractual, analizar información estadística, entre otras. Es la institución donde se puede reclamar en caso que el Servicio de Atención al Cliente de la compañía no haya solucionado el reclamo. Tiene 4 meses para emitir su resolución, y aunque no es vinculante para la aseguradora, puede servir para fundamentar su demanda en la vía judicial. *Volver a página: 90, 106, 139.*

F

FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO: Es el momento en el que deben hacerse efectivas las prestaciones de los seguros de vida para caso de muerte. No obstante, si la muerte del asegurado se ha causado de forma intencionada por el beneficiario, provoca que la aseguradora no deba abonar cuantía alguna. *Volver a página: 90, 112.*

FRANQUICIA: Importe o limitación que establece el contrato, por el que el asegurado debe responder. La fijación de franquicias en el contrato suele conllevar un descuento en el precio del seguro. Hay tipos de franquicia temporal (el seguro no tiene vigencia durante una temporada desde la firma de la póliza) o la económica (en caso de siniestro, el asegurador no abonará los primeros “x” euros del coste de la reparación). *Volver a página: 36, 54, 74.*

G

GARANTÍA: Compromiso aprobado por la aseguradora por la que se hace cargo del coste de un siniestro. Suele existir un límite estipulado de las cantidades máximas que asume la compañía aseguradora. *Volver a página: 32, 34, 113, 134.*

GRAN DEPENDENCIA: Grado más intenso de dependencia, la persona necesita ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita la presencia constante de otra persona. *Volver a página: 108, 116.*

I

INDEMNIZACIÓN: Obligación principal del asegurador por la que debe pagar, reparar, o proceder a reponer el objeto que sufriera el siniestro. *Volver a página: 32, 34, 41, 47, 69, 71, 112, 176.*

INEXACTITUD DE DATOS: Situación que si se han aportado datos erróneos por el tomador y/o asegurador, la compañía aseguradora puede impugnar el contrato, y rescindirlo por esta causa. No obstante, en el caso de seguros de vida, el asegurador, no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión. *Volver a página: 61.*

INFRASEGURO: Situación que se produce cuando capital cubierto en la póliza es inferior al valor real del objeto asegurado. La consecuencia de la existencia de infraseguro, es que el asegurado está pagando una prima inferior a la que realmente le corresponde, por lo que es el asegurado quién dará cobertura (“autoseguro”) a la parte no asegurada dado a la valoración por debajo del valor del bien efectuada en la póliza. La solución ante esta situación sería la aplicación de la regla proporcional, es decir, el resto de los daños no cubiertos deberán ser pagados personalmente por el asegurado. *Volver a página: 34.*

M

MEDIADOR DE SEGUROS: Son los intermediarios en la contratación de los seguros, en los que se distinguen dos categorías: El agente, que es un representante del asegurador; y el corredor, que media en nombre de los asegurados frente a las aseguradoras. *Volver a página: 31, 159.*

MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL: Son las compañías que se asemejan a las sociedades mutuales en cuanto a su organización e inspiración, pero centran su actividad en un ramo muy específico, el complementar al Sistema de seguridad Social obligatoria. Su objeto principal pues es muy concreto, el ejercicio de la actividad aseguradora, pero complementada con prestaciones sociales. *Volver a página: 116.*

P

PERITO: Profesional experto que conoce la técnica aseguradora, cuya función es determinar las causas del siniestro, valorar los daños, y analizar las circunstancias que pueden influir en la cuantificación de la indemnización. Es conveniente asegurarse de que el personal remitido por la compañía se identifica y realmente tiene la condición de perito. *Volver a página: 80, 177.*

PÓLIZA: Documento jurídico mediante el cual quedan establecidas obligaciones y derechos de las partes, descripción de riesgos a asegurar y las garantías o indemnizaciones establecidas en caso de siniestro. *Volver a página:* 12, 31, 113, 155, 161, 171, 189.

PRIMA: Precio del seguro que abonará el tomador con el objeto de contar con la cobertura contratada, es decir, es el precio anual que pagamos por el seguro suscrito y poder estar protegidos de los riesgos definidos en el contrato. *Volver a página:* 56, 94, 101, 111, 182, 194.

PRÓRROGA DEL CONTRATO DE SEGURO: Renovación automática del contrato de seguro y garantías al vencimiento previsto (suele ser anual), siempre y cuando no exista una comunicación en contrario, que ha de ser expresa por parte del asegurador o del asegurado oponiéndose a su continuación. Es importante respetar los plazos legales para comunicar tal oposición, que es de un mes para el asegurado. *Volver a página:* 9.

PRUEBA DE LOS DAÑOS: Obligación del asegurado por la que debe demostrar además del deterioro o perjuicio sufrido, la existencia previa de los bienes que están incluidos dentro del contrato de seguro. No obstante, si constan reflejados estos bienes en la póliza, constituye una presunción a favor del asegurado (de la existencia) cuando no pueda el asegurado aportar pruebas. Estas pruebas podrían consistir en facturas de compra, fotografías, o cualquier otra evidencia de la existencia del bien, ya sean joyas, cámaras de fotos, u otro cualquiera. *Volver a página:* 61.

R

RAMO: Conjunto de modalidades o grupo de seguros, por el que se clasifican los tipos de riesgos similares. (Por ejemplo: ramo de vida, ramo de accidentes, ramo de automóviles, ramo de incendios, ramo de responsabilidad civil, ramo de crédito, etc.). *Volver a página:* 8, 162, 175.

REASEGURO: Contrato mediante el cual una compañía de seguros que ha suscrito directamente un seguro con un usuario cede parte del riesgo cubierto a otro asegurador, esta compañía debe responder si ocurren los riesgos previstos en el seguro contratado. Se configura por lo tanto, como un instrumento económico que reparte las futuras indemnizaciones que han de abonar las compañías si se producen los siniestros recogidos en el contrato de seguro: la compañía aseguradora inicial reduce el riesgo, a cambio de pagar una cantidad a otra aseguradora, en tanto que el asegurado conserva la misma cobertura que contrató. *Volver a página: 155, 187.*

RESCATE: Posibilidad del asegurado de recuperar anticipadamente todo o parte del ahorro acumulado en un seguro de ahorro, en un seguro de inversión, o en un plan de pensiones, incluyendo la rentabilidad acumulada que en su caso corresponda. Debe tener en cuenta que el rescate puede generar determinadas comisiones y/o gastos. De igual forma, en caso de rescate de un plan de pensiones, habrá de hacerse frente al impuesto (modalidad rentas de trabajo) por la cantidad rescatada. Por tanto, la afirmación de que las aportaciones a estos productos se desgravan en el impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) no es falsa, pero lo cierto es que cuando “rescatemos” nuestro capital, deberemos declararlo íntegramente como ingreso. Las pagaremos todas juntas. *Volver a página: 97, 107.*

RESPONSABILIDAD CIVIL: es la obligación legal que tiene cualquier persona de pagar o reparar cualquier daño, pérdida o menoscabo causados a una tercera persona por nuestra culpa o negligencia, ya tenga lugar esta en hechos de nuestra vida cotidiana (al caer un tiesto de nuestra terraza y romper el cristal de un coche aparcado debajo) o en nuestra vida profesional (médico de cirugía estética que opera por error una oreja, cuando debía haber operado una ojera). *Volver a página: 23, 34, 169, 179, 193.*

RESPONSABILIDAD CIVIL OBLIGATORIA: Seguro mínimo obligatorio por ley para poder circular con un vehículo, y que cubre los daños producidos a terceros. Debe tener en cuenta que circular sin este seguro supone inmovilización del vehículo y multa. Este seguro no cubre los daños a los bienes cuyos titulares son el propietario, tomador o conductor del seguro, o bien sus cónyuges. Los daños a las personas siempre están cubiertos. *Volver a página: 83.*

RIESGO: Motivo o razón por la que el asegurado contrata. Es la esencia de todo contrato de seguro, el posible daño cuya reparación o indemnización se pretende cubrir con su contratación, es decir, si no existiera riesgo el contrato de seguro sería nulo. *Volver a página: 11, 40, 62, 101, 179.*

RIESGOS EXTRAORDINARIOS: El Consorcio de Compensación de Seguros es el encargado de indemnizar a los asegurados ante un daño producido por hechos extraordinarios (como por ejemplo los causados por catástrofes naturales), se exige tener un contrato de daños en vigor, con cualquier aseguradora, para poder acceder a las indemnizaciones, es decir, el Consorcio hará frente a los pagos en las mismas condiciones que si el daño se hubiera producido por un riesgo que sí estaba recogido en el contrato previo de daños contratado con la aseguradora; también se indemniza por los daños personales si la víctima tenía contratado seguro de vida o accidentes. El Consorcio, además, asegura bienes que las aseguradoras no quieren asegurar, como son los automóviles a partir de determinada antigüedad. *Volver a página: 179.*

ROBO: Sustracción indebida de los bienes que se recogen en la póliza, en contra de la voluntad del asegurado, siempre que haya existido fuerza o violencia sobre las cosas o bien el autor se haya introducido en el inmueble asegurado mediante escalamiento, rotura de techos, paredes y/o puertas. Es muy importante diferenciarlo del hurto, en el que no se dan estas circunstancias de intimidación o fuerza, ya que los seguros de hogar o de vehículos a todo riesgo suelen cubrir el robo, pero nunca el hurto. *Volver a página: 23, 29, 36, 46, 70.*

S

SEGURO: Es el contrato por el que la compañía aseguradora se compromete, a cambio del cobro de una prima, a satisfacer al asegurado un capital, renta, indemnización u otras prestaciones, en el caso que se sustancie el riesgo cubierto. Por ejemplo, en el seguro de robo, la aseguradora se compromete a indemnizar el valor de los bienes robados; en el seguro de daños, a reparar los daños causados en la vivienda asegurada. *Volver a página: 7, 89, 127.*

SEGUROS COLECTIVOS: Se trata de una modalidad de seguro por la que mediante la contratación de una sola póliza, se asegura a un colectivo de personas vinculadas entre sí por un interés común (trabajadores de una empresa, agrupados en entidades profesionales o colegiales, entidades deportivas, accionistas, etc.). La póliza debe definir con claridad el grupo asegurable, de manera que cada uno de los asegurados sea plenamente identificable, sin lugar a dudas. *Volver a página:* 116.

SEGURO DE CAUCIÓN: Es aquél por el que el asegurador se obliga a indemnizar los daños patrimoniales sufridos por el incumplimiento por el tomador de sus obligaciones legales o contractuales. El tomador queda obligado a devolver al asegurador las cantidades que éste tuviera que pagar al asegurado en caso de sustanciación del riesgo o de que tenga lugar el siniestro. No es un seguro pensado para su contratación por los consumidores y usuarios, pero estos sí se pueden ver beneficiados por ellos, como es el caso de compra de una casa de nueva construcción que finalmente no se entrega por el promotor, pero este tiene contratado un seguro de caución: el consumidor deberá ser indemnizado por la aseguradora con la restitución del dinero entregado al promotor, sin perjuicio de que la aseguradora pueda exigir del promotor el pago de lo abonado al consumidor. *Volver a página:* 156, 191.

SEGURO DE DECESOS: Modalidad de seguro que cubre los gastos funerarios y de entierro del asegurado o asegurados (por ejemplo, familiares) incluidos en la póliza. Conviene leer con detenimiento las condiciones de la póliza así como estudiar las posibilidades de subida de esta: en ocasiones, con el importe total abonado por el asegurado durante el pago de las cuotas durante toda la vida del seguro, se habría podido pagar varias veces el entierro del difunto. *Volver a página:* 89.

SEGURO DE INCENDIOS: Contrato por el que el asegurador se obliga a indemnizar los daños provocados por incendio del objeto asegurado. Aunque todos sabemos lo que es un incendio, diremos que su definición a efectos legales podría ser la siguiente: se entiende por incendio la combustión y abrasamiento con llama, capaz de propagarse entre uno o varios objetos cuyo destino no era ser quemados en ese lugar o en ese momento. *Volver a página:* 158.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL: Contrato por el que el asegurador se compromete a indemnizar a un tercero por los daños y perjuicios producidos que se le puedan producir, de manera no intencionada, por el asegurado, ya sea a consecuencia de actos derivados de su actividad personal, profesional o empresarial. Por tanto, estarían comprendido en el mismo los daños causados por error o negligencia por el dentista, el abogado o cualquier otro profesional, así como por la caída fortuita de un tiesto desde un balcón, por poner algún ejemplo. *Volver a página: 19, 74, 84.*

SEGURO A TODO RIESGO: Añade a las típicas modalidades otras coberturas destacando los daños al propio vehículo asegurado, robo, incendio, luna, asistencia jurídica, asistencia en viaje... Se trata por lo tanto de una póliza combinada donde el asegurador ofrece una serie de coberturas más completas y amplias, se transfiere más riesgo, a cambio de una mayor prima. Conviene leer con atención cuáles son exactamente las coberturas incluidas, así como las circunstancias que constituyen exclusiones a las mismas. *Volver a página: 16, 68.*

SEGURO DE VIDA: Ramo de la actividad aseguradora, que tiene por objeto proteger a las personas ante cualquier eventualidad que pueda afectar a la vida del asegurado, tal como pérdidas económicas, supervivencia y/o fallecimiento. *Volver a página: 111.*

SEGUROS MULTIRRIESGO: Son pólizas que incluyen coberturas de diferentes ramos de seguros: de daños, personales, de responsabilidad civil, de pérdida de beneficios, etcétera. De esta forma se consigue cubrir riesgos muy diversos mediante un único documento, simplificando la contratación. En general, este tipo de pólizas debe tener como consecuencia la disminución de la suma de los precios de los seguros que agrupemos en la misma, por lo que conviene prestar atención a esta cuestión en el momento de la negociación, previa a la firma. *Volver a página: 175.*

SINIESTRALIDAD: Es el histórico de siniestros que han tenido lugar en un lapso temporal sobre un determinado grupo o clase de pólizas. A partir de determinado número de siniestros, acarreará un incremento del precio del seguro. *Volver a página: 74.*

SINIESTRO: Es la sustanciación del riesgo que recoge la póliza de seguro, el riesgo cuyo acaecimiento se trata de cubrir: si acaba produciéndose genera a la compañía aseguradora las obligaciones de pago de una cuantía de dinero en forma de indemnización, reparación o sustitución de los bienes dañados. *Volver a página: 31, 155, 160, 166, 174, 189.*

SINIESTRO TOTAL: Situación que se produce cuando la compañía aseguradora entiende que el coste de reparación del vehículo asegurado es más alto que el valor venal del propio coche (valor de venta que tenía el vehículo antes del siniestro). Lo habitual es que se considere siniestro total cuando supera el 100% de tal valor, pero hay algunas aseguradoras que lo consideran así ya a partir del 75%. Cuando se trata de vehículos de elevada edad el valor venal es bastante bajo, por lo que la indemnización no será suficiente para cubrir la compra de otro vehículo: es antiguo el debate entre tal postura y la que considera que, en caso de siniestro total, la indemnización debería consistir en la sustitución por la aseguradora del vehículo siniestrado por otro de similares características y antigüedad. *Volver a página: 73.*

T

TALLER CONCERTADO: Establecimiento de reparación de vehículos, que se integra dentro de una red de talleres que prestan sus servicios bajo unas determinadas condiciones y requisitos establecidos por la compañía aseguradora. Son los talleres a los que, en principio, podemos llevar nuestro vehículo asegurado para que lo reparen. Es importante saber que podemos elegir el taller que sea de nuestra confianza, en vez del taller concertado que le indicará su aseguradora, si bien en determinados casos implica que las compañías abran un mayor número de partes, u otras medidas limitando la libertad de decisión que tenemos. *Volver a página: 73.*

TERCER PERITO: En el supuesto de que el asegurado no esté conforme con la tasación efectuada por el perito de la aseguradora, puede nombrar un segundo perito. Si continúan existiendo discrepancias entre la tasación realizada por el perito designado por la aseguradora y el perito designado por el asegurado, si no se ponen de acuerdo ambos peritos, pueden nombrar a un tercer perito por consenso o vía judicial. En general, el asegurado deberá pagar al perito que designe y la mitad de la remuneración del "tercer perito", en su caso. Sin embargo, determinadas compañías cubren estos costes, lo que a priori debe ser motivo de confianza en la buena fe de la aseguradora. *Volver a página: 47.*

TOMADOR: Persona que suscribe el contrato de seguro con la compañía al firmar la póliza, asume los derechos y obligaciones derivados de la misma, mientras no haya indicado a un asegurado (que sea otra persona) y/o a los beneficiarios del seguro suscrito. *Volver a página:* 10, 116, 165, 195.


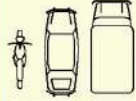
V

VALOR VENAL: Es el valor de venta del vehículo en el momento justo anterior al accidente, es decir, el valor de mercado previo al siniestro en función de su estado. Es habitual que las compañías de seguros realicen esta valoración utilizando unas tablas “estándar” de depreciación de los vehículos en función de los años de antigüedad. *Volver a página:* 79.

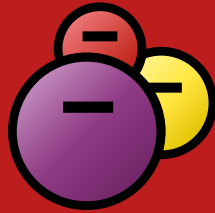
Volver a página: 80.

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		País		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
4 Daños materiales		5 Testigos: nombre, dirección, tel.		
Vehículos distintos de A y B objetos distintos al vehículo				
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		

Vehículo A	12. CIRCUNSTANCIAS	Vehículo B																
6) Asegurado (véase póliza de seguro)	↓ Poner un aspa (s) en cada casilla que proceda para precisar el croquis ↓	6) Asegurado (véase póliza de seguro)																
NOMBRE:	*Fecha: las cir. constancias no salidas	NOMBRE:																
Apellidos:	1 <input type="checkbox"/> *Estaba estacionado/parado	Apellidos:																
Dirección:	2 <input type="checkbox"/> *Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	Dirección:																
Codigo Postal: País:	3 <input type="checkbox"/> Iba a estacionar	Codigo Postal: País:																
Tel. o E-mail:	4 <input type="checkbox"/> Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	Tel. o E-mail:																
7) Vehículo	5 <input type="checkbox"/> Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	7) Vehículo																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #0070C0; color: white;">VEHICULO A MOTOR</th> <th style="background-color: #0070C0; color: white;">REMOLQUE</th> </tr> <tr> <td style="background-color: #0070C0; color: white;">Marca, modelo</td> <td style="background-color: #0070C0; color: white;">Marca, modelo</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #0070C0; color: white;">Matricula (o bastidor)</td> <td style="background-color: #0070C0; color: white;">Matricula (o bastidor)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #0070C0; color: white;">País de matricula</td> <td style="background-color: #0070C0; color: white;">País de matricula</td> </tr> </table>	VEHICULO A MOTOR	REMOLQUE	Marca, modelo	Marca, modelo	Matricula (o bastidor)	Matricula (o bastidor)	País de matricula	País de matricula	6 <input type="checkbox"/> Entrada a una plaza de sentido giratorio	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #FFD700; color: black;">VEHICULO A MOTOR</th> <th style="background-color: #FFD700; color: black;">REMOLQUE</th> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; color: black;">Marca, modelo</td> <td style="background-color: #FFD700; color: black;">Marca, modelo</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; color: black;">Matricula (o bastidor)</td> <td style="background-color: #FFD700; color: black;">Matricula (o bastidor)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; color: black;">País de matricula</td> <td style="background-color: #FFD700; color: black;">País de matricula</td> </tr> </table>	VEHICULO A MOTOR	REMOLQUE	Marca, modelo	Marca, modelo	Matricula (o bastidor)	Matricula (o bastidor)	País de matricula	País de matricula
VEHICULO A MOTOR	REMOLQUE																	
Marca, modelo	Marca, modelo																	
Matricula (o bastidor)	Matricula (o bastidor)																	
País de matricula	País de matricula																	
VEHICULO A MOTOR	REMOLQUE																	
Marca, modelo	Marca, modelo																	
Matricula (o bastidor)	Matricula (o bastidor)																	
País de matricula	País de matricula																	
8) Aseguradora (véase póliza de seguro)	8 <input type="checkbox"/> Colisión en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8) Aseguradora (véase póliza de seguro)																
NOMBRE:	9 <input type="checkbox"/> Circulaba por una plaza de sentido giratorio	NOMBRE:																
N.º de póliza:	10 <input type="checkbox"/> Cambiaba de carril	N.º de póliza:																
N.º de Carta Verde:	11 <input type="checkbox"/> Adelantaba	N.º de Carta Verde:																
Certificado:	12 <input type="checkbox"/> Giraba a la derecha	Certificado:																
o Carta Verde válida desde hasta	13 <input type="checkbox"/> Giraba a la izquierda	o Carta Verde válida desde hasta																
Agencia (oficina o corredor):	14 <input type="checkbox"/> Daba marcha atrás	Agencia (oficina o corredor):																
Nombre:	15 <input type="checkbox"/> Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	Nombre:																
Dirección:	16 <input type="checkbox"/> Venta de la derecha (en un cruce)	Dirección:																
País:	17 <input type="checkbox"/> No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	País:																
Tel. o E-mail:	18 <input type="checkbox"/> Indicar número de casillas marcadas	Tel. o E-mail:																
¿Los datos propios del vehículo están asegurados? no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<p style="font-size: small; text-align: center;">La firma de ambos conductores es obligatoria No implica responsabilidad de responsabilidad para una correcta consignación de todos los datos facilitados en esta declaración</p>	¿Los datos propios del vehículo están asegurados? no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>																
9) Conductor (ver permiso de conducir)	13 Croquis del Accidente en el momento de la colisión 13	9) Conductor (ver permiso de conducir)																
NOMBRE:	<p style="font-size: x-small;">Pintar: 1. vehículo A, dirección por flecha de los vehículos A, B, ...; 2. dirección en el momento de la colisión; 3. posición de los vehículos en el momento de la colisión; 4. posición de los vehículos en el momento de la colisión</p>	NOMBRE:																
Apellidos:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →</p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p>10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →</p>  </div> </div>	Apellidos:																
Fecha de nacimiento:	<table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			Fecha de nacimiento:														
Dirección:	14 Observaciones	Dirección:																
País:	15 Firma de los conductores	País:																
Tel. o E-mail:	15 Observaciones	Tel. o E-mail:																
Permiso de conducir n.º:	A	Permiso de conducir n.º:																
Categoría (A, B, ...):	B	Categoría (A, B, ...):																
Permiso válido hasta:		Permiso válido hasta:																
11 Daños apreciados al vehículo A		11 Daños apreciados al vehículo B																
14 Observaciones		14 Observaciones																

Te recordamos que puedes ampliar la formación obtenida en este manual en la [web de cursos de ADICAE](#).



ADICAE

Asociación de Usuarios
de Bancos, Cajas y Seguros
www.adicae.net

www.consumidoresatodoriesgo.com

Proyecto:

“Consumidores a todo riesgo: los consumidores por un uso eficaz de los seguros,
y unos productos de ahorro jubilación transparentes, rentables y solventes”



Con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Su contenido es responsabilidad exclusiva de la Asociación.