

«GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE TRANSPARENCIA EN EL SEGURO»

1. OBJETO Y ALCANCE DEL PRESENTE DOCUMENTO.	2
2. MATERIA DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS.	2
3. HOMOGENEIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	4
4. INFORMACIÓN PREVIA A LA CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.	4
5. INFORMACIÓN TRAS LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.	8
6. TRANSPARENCIA DE LAS COMUNICACIONES MANTENIDAS ENTRE CLIENTE Y ASEGURADOR A DISTANCIA.	9
7. DIFUSIÓN.	9
ANEXO 1: DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS NO DISCRIMINATORIAS	10
ANEXO 2: PRÁCTICAS DE TRANSPARENCIA EN EL CANAL BANCOASEGURADOR	12

1. Objeto y alcance del presente documento.

Las entidades aseguradoras despliegan su actividad dentro de un mercado armonizado a través de las directivas de seguros sectoriales, pudiendo operar mediante el sistema de licencia única en todo el ámbito de la Unión Europea.

Ello implica que toda iniciativa de autorregulación por parte de los mercados nacionales debe tomar en consideración no sólo el acervo comunitario, sino que deben aproximarse a los principios que, sobre la misma materia, rigen en otros estados de la Unión Europea, dejando un amplio margen de maniobra para su adopción a las entidades aseguradoras, tanto nacionales como las que operan en el mercado mediante establecimiento o libre prestación de servicios, sin que en ningún caso colisionen con la legislación vigente.

Tomando en consideración lo anterior, y dentro del respeto a la normativa que rige la libre competencia, UNESPA ha elaborado la ***Guía de Buenas Prácticas de Transparencia*** que, fundamentada en los principios que informan la autorregulación y partiendo del ordenamiento jurídico vigente en materia de seguros que constituye a estos efectos el sustrato mínimo de obligado cumplimiento - tiene como único fin servir de orientación a las decisiones que en esta materia puedan adoptarse individualmente por las entidades aseguradoras que operan en el mercado de seguros español, si lo consideran oportuno, de forma libre y voluntaria.

Los principios de esta Guía se aplicarán con independencia de las obligaciones legales y reglamentarias que ya se cumplen por las entidades aseguradoras en base a nuestro ordenamiento jurídico vigente.

2. Materia de la guía de buenas prácticas.

Esta guía de buenas prácticas versa sobre la transparencia de las entidades aseguradoras. Se ha de entender por transparencia la comunicación entre aseguradora y cliente (2.1) relativa al contrato de seguro y sus derechos y obligaciones; comunicación que debe ser concisa, veraz y fácilmente comprensible por el cliente. En términos generales, se considera que la comunicación con el cliente es transparente cuando éste, a partir de la información recibida, puede realizar una toma de decisiones correcta y acorde con sus intereses.

2.1. A los efectos de este documento, debe entenderse por cliente aquella persona, física o jurídica, con la que la entidad aseguradora tiene o podría tener relación, bien como tomador de un seguro, como persona asegurada o como beneficiario de las prestaciones derivadas del

contrato, así como terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de los anteriores. Dependiendo de la acción de transparencia que se defina en cada momento, el cliente podrá adoptar alguna de estas distintas formas.

2.2. Muy específicamente, y en lo que se refiere a la relación entre entidad aseguradora y cliente (véase 2.1), la transparencia se entiende estrechamente relacionada con actos como:

2.2.1. Los procesos de información y documentación previos a la suscripción del seguro y, muy especialmente los referentes a los derechos que tendrá como tomador, asegurado y/o beneficiario así como a sus obligaciones que tendrá que cumplir en materias como la correcta declaración de sus circunstancias de riesgo tales como estado de salud, valor económico protegido por el seguro, etc.; y las posibles consecuencias (sobre todo, el rechazo o reducción de la prestación) de declaraciones inexactas. Las entidades deberían implantar, en este sentido, políticas específicas de transparencia cuyo objetivo principal sea facilitar la comprensión de estos elementos básicos por parte del cliente.

2.2.2. La suscripción del seguro propiamente dicha.

2.2.3. Las comunicaciones ligadas a la reclamación al asegurador de prestaciones, económicas o de servicio, así como la existencia de un procedimiento concreto y simple para la gestión de reclamaciones.

2.2.4. En los seguros de ahorro, el seguimiento periódico de los rendimientos obtenidos.

2.3. Las entidades aseguradoras expresan su compromiso con el principio de conseguir un flujo de información hacia su cliente (2.1) que, sin dejar de ser completo y efectivo, esté en la medida de lo posible presidido por la simplificación, sin por ello sacrificar la calidad. El exceso de documentación o de referencias en una información puede tener el efecto contrario al inicialmente buscado pues, en lugar de mantener informado al cliente, en la práctica puede desincentivar la lectura de la documentación y, por lo tanto, la recepción de la información.

2.3.1. La simplificación de la documentación puesta a disposición del cliente por el asegurador no es, sin embargo, una labor que las entidades puedan abordar unilateralmente. Buena parte del volumen actual de información incluido en los documentos puestos a disposición del cliente se justifica a través de la experiencia de la relación con la Autoridad de Control y los juzgados y tribunales relacionada con la interpretación de los contratos y otra documentación vinculada al seguro. Cualquier simplificación, pues, por muy deseable que le pueda parecer al sector, debe producirse

con un razonable nivel de conocimiento y consenso con los órganos de control, supervisión, regulación y judiciales.

3. Homogeneización de la información.

Las entidades aseguradoras que aplican estas recomendaciones apoyan los esfuerzos sectoriales por reducir las dudas y equívocos que puedan surgir entre los terceros relacionados, y muy especialmente los clientes (2.1) derivados de prácticas que supongan que diferentes entidades designen realidades distintas con las mismas expresiones. Este apoyo, muy especialmente, tiene en cuenta los siguientes aspectos:

3.1. Concepto de rentabilidad.

El seguro de vida con componente de ahorro es un producto muy flexible y completo en el que la rentabilidad del ahorro no es el único elemento de juicio. Sin embargo, hecha esta matización, las entidades aseguradoras asumen el principio de que avanzar en la capacidad de comparación entre estos productos, y de éstos con otros de ahorro e inversión, pasa por mejorar y precisar la información actual sobre la rentabilidad del ahorro confiado a un seguro de vida; especialmente durante la fase de información previa al cliente o, en caso de que se proponga cualquier modificación del contrato (2.1).

3.2. Homogeneización de definiciones.

Las entidades aseguradoras expresan su compromiso con el principio de dotar a las relaciones con el cliente, en la medida de lo posible, de un lenguaje sencillo, directo y adaptado a los usos habituales del mismo en cada momento. A tal efecto impulsarán, en el seno de su Asociación, un trabajo en tres direcciones:

3.2.1. El desarrollo de un glosario de términos habituales en la información y contratación de seguros, acompañados de definiciones recomendadas.

3.2.2. El desarrollo de una serie de recomendaciones a fin de que se puedan desarrollar propuestas alternativas a términos usuales de la relación aseguradora que se consideren lejanos al conocimiento común de los hablantes.

3.2.3. El desarrollo de una guía sencilla, genérica y comprensible que pueda servir de ayuda para la lectura de un contrato de seguros, siempre y cuando dicha guía no se entienda como sustitutiva del conocimiento del propio contrato, y que su distribución no suponga necesariamente un aumento del volumen de documentación en soporte papel que se somete al cliente (uso de páginas web, etc.).

4. Información previa a la constitución del contrato.

4.1. Contenidos relativos a todos los productos de seguro

4.1.1. Las entidades aseguradoras deberían abordar el trabajo tendente a que sus comunicaciones al cliente, sobre todo el cliente potencial, estén presididas por el propósito de conseguir que el cliente se haga una idea clara y básica sobre aspectos como: las coberturas que ofrece el seguro, así como el límite económico de éstas; la existencia de riesgos no cubiertos y/o excluidos; el precio del seguro, si bien debe tenerse en cuenta que este compromiso no podrá cumplirse en aquellos casos en que la comunicación al cliente potencial no tenga carácter personalizado y dicha personalización sea imprescindible para facilitar un precio; y las obligaciones del tomador.

4.1.1.1. En el caso de un seguro de carácter anual renovable se intentará transmitir adecuadamente al cliente que ambas partes tienen derecho a decidir la no renovación del contrato al vencimiento, así como que, en cada una de dichas renovaciones, la entidad aseguradora calcula la prima de acuerdo con los factores que afecten al riesgo asegurado. Se pondrá especial énfasis en suministrar esta información en aquellos casos en los que la edad del asegurado o asegurados tenga un papel relevante en la fijación de la prima, así como aquellos casos en los que una agravación del riesgo derivada de la salud del asegurado pueda afectar al precio del seguro o a su renovación.

4.1.2. En los contratos de seguros privados en los que se garantice una prestación del asegurador por invalidez, enfermedad, dependencia o accidente del asegurado, y en los que exista un sistema público de definición y/o calificación, la política de información de la entidad será muy específica a la hora de informar sobre:

4.1.2.1. Si la calificación del siniestro sigue iguales criterios, métodos o baremos que el sistema público, o

4.1.2.2. Si la calificación del siniestro demanda de la intervención, valoración y decisión de profesionales distintos, designados por la entidad aseguradora, y la determinación del grado de invalidez y, por tanto de la indemnización, se define y determina mediante criterios y baremos propios de la entidad aseguradora.

4.1.3. Otros de los conceptos que deben de quedar claramente establecido en la documentación previa, en términos fácilmente comprensibles y con razonables niveles de calidad, son los derechos de devolución o cancelación del producto que le asisten al cliente, así como el plazo, canales de comunicación y condiciones en los que puede ejercer ese derecho.

4.1.4. La documentación debe contener información precisa sobre la existencia de cuál es la instancia para la presentación de quejas y reclamaciones de la entidad, así como el procedimiento de acceso a la misma.

4.1.5. Políticas de no discriminación por razón de sexo: La información facilitada debería tener un apartado específico sobre la no discriminación por razón de sexo en la fijación de las primas. Esto significa que la entidad aseguradora deberá establecer mecanismos de información expresa, concreta y comprensible en torno a la tarificación por razón de sexo, lo cual supone, muy especialmente, que, en aquellos casos en que esté aplicando primas diferentes, deberá explicar las razones objetivas que justifican que ello no sea discriminatorio.

4.1.5.1. Primas idénticas por razón del sexo por prescripción legal.

En aquellos casos en que la legislación imponga la fijación de primas idénticas por razón del sexo, se informará específicamente de la aplicación de dicha técnica. En el caso de existir un periodo transitorio de adaptación y seguir la entidad, a su amparo, tarificando por sexo, deberá hacer constar expresamente la condición transitoria de dicha política.

El Anexo 1 de estas recomendaciones incluye pro formas recomendadas para las comunicaciones sobre este punto.

4.1.6. Cuestionarios de salud.

En el caso de que en la fase de estudio de la solicitud de seguro se requiera un cuestionario de salud del posible asegurado, la entidad aseguradora, junto con dicho cuestionario o integrado en él bajo una indicación visible que deje clara la importancia de leerlo, facilitará un texto en el que hará constar las siguientes informaciones.

4.1.6.1. Que el cuestionario debe contestarse fidedignamente ya que la inexactitud o deficiencia de la información facilitada puede tener consecuencias en forma de incremento del precio del seguro o, incluso, rechazo del pago de la prestación.

4.1.6.2. Que los datos facilitados en el formulario serán utilizados sólo con la finalidad para la que fueron recabados.

4.1.6.3. Que el asegurador, debido a la especial sensibilidad de la información, mantendrá dichos datos en un fichero automatizado de datos de carácter personal del máximo nivel de seguridad, tal y como marca la legislación.

4.1.6.4. Cualesquiera otros sistemas de garantía de confidencialidad a los que la entidad esté voluntariamente sometida (normas ISO o similares).

4.1.6.5. El hecho de que la entidad no utilizará los datos conocidos en este cuestionario en operaciones de seguro que pudieran plantearse con persona distinta del mismo tomador o asegurado.

4.2. Seguros con componente de ahorro

4.2.1. En el caso de los seguros con componente de ahorro, información clara y suficiente sobre sus garantías de rentabilidad, en los términos que se acuerden en el marco de lo establecido en el punto 3.1.

4.2.2. En los seguros de ahorro sin garantía de rentabilidad, la documentación debe garantizar la percepción clara por parte del cliente del hecho de estar sometido a un riesgo de pérdida, concretado en la recepción de una prestación variable, mayor o menor que el capital inicialmente aportado.

4.2.3. Las entidades aseguradoras podrán, como herramienta comercial o a requerimiento del cliente, facilitarle simulaciones de ahorro que le permitan hacerse una idea adecuada de la oferta en materia de ahorro vinculada al seguro que se le está ofreciendo. Las entidades aseguradoras apoyan el principio de que dichas simulaciones deben ser veraces, basadas, en la medida de lo posible, en los datos de mercado de cada momento, en supuestos de partida razonablemente cercanos al perfil real del cliente. Se deben realizar esfuerzos encaminados a transmitir al cliente la idea clara de que dichas simulaciones no suponen compromiso contractual alguno.

4.2.4. Seguros de ahorro con participación en beneficios: las entidades aseguradoras apoyan el principio de transparencia en relación con aquellos seguros con componente de ahorro en los que el mismo sea retribuido con una rentabilidad garantizada más un tramo variable dependiente de la marcha de las inversiones (participación en beneficios). Este principio viene a significar la importancia de que el cliente de seguros pueda conocer adecuadamente, con lenguaje llano y adaptado a su comprensión, el método de cálculo de dicha participación en beneficios.

4.3. En seguros colectivos en los que tomador y asegurado no son la misma persona, pero es el asegurado quien paga la prima.

4.3.1. En el caso de estos productos, las entidades aseguradoras consideran recomendable que se elimine la posible confusión entre los derechos del tomador y del asegurado, con el fin de que el

asegurado pueda conocer sus derechos y obligaciones. A tal efecto, en los casos en los que la entidad aseguradora, o sus colaboradores mencionados en el punto 7, sean quienes comercialicen directamente el producto y mantengan un contacto directo con el asegurado, se implantarán políticas encaminadas a eliminar dicha confusión.

4.4. Planes de Previsión Asegurados.

4.4.1. En la información respecto de estos productos, las entidades advertirán al cliente que pretenda suscribirlos de las eventuales limitaciones que le sean aplicables por razón de sus circunstancias personales en cuanto al reconocimiento y cobro de prestaciones y al derecho a recuperar los fondos acumulados. Esta política será extensible a los planes de pensiones gestionados por entidades aseguradoras.

4.5. Seguros del hogar: En los seguros de hogar, las entidades procurarán que el capital asegurado se corresponda con la prestación efectiva que eventualmente pueda percibir el cliente, intentando evitar el sobreseguro e infraseguro, e informándole sobre las consecuencias tanto del uno como del otro.

5. Información tras la celebración del contrato.

5.1. Elementos comunes a todos los tipos de seguro:

5.1.1. En el caso de que las coberturas se amplíen o varíen, tanto a instancias del asegurador como del asegurado, se deberá transmitir al cliente una información clara y comprensible, descriptiva de dichos cambios.

5.1.2. El cliente deberá estar puntualmente informado de eventuales modificaciones en las instancias de comunicación para la solicitud de prestaciones o de reclamaciones. Estas informaciones, en cualquier caso, se entenderán facilitadas al cliente si son colocadas, con los debidos niveles de actualización, en espacios web del asegurador.

5.1.3. Las entidades aseguradoras asumen el principio de que la transparencia también debe alcanzar a la fase del contrato de seguro definida por la producción del siniestro. Con adaptación en cada caso al tipo de siniestro de que se trate y las necesidades informativas que generen, las entidades implantarán procedimientos de transparencia que garanticen que aquéllos de entre sus asegurados que hayan sufrido un siniestro dispongan o puedan disponer de información puntual y precisa sobre datos como el estado de tramitación del siniestro y las previsiones de su liquidación. y, muy especialmente, sobre los derechos legales y

contractuales que le amparan y, en su caso, de las instancias de reclamación de que dispone la entidad aseguradora.

5.2. Seguros con componente de ahorro.

5.2.1. En los seguros de ahorro, el principal factor de información a un cliente durante el seguimiento de su producto, además de eventuales actualizaciones de coberturas, son los componentes variables. Por lo tanto, sin descuidar la información sobre las coberturas y rentabilidades garantizadas, la transparencia debería poner especial cuidado en la transmisión de informaciones sobre la evolución de los componentes de rentabilidad variable y sus porqués.

6. **Transparencia de las comunicaciones mantenidas entre cliente y asegurador a distancia.**

6.1.1. En términos generales, y aún teniendo en cuenta que la contratación a distancia está presidida por conceptos como la rapidez de gestión, el asegurador llevará a cabo sus canales de venta a distancia políticas que beneficien el flujo de información transparente al cliente descrita en el presente documento.

7. **Difusión.**

7.1. La entidad aseguradora que adopte estas recomendaciones difundirá su contenido entre las personas que participen en la distribución de sus productos.

7.2. Las entidades bancoaseguradoras han aprobado un conjunto de prácticas específicas de transparencia para el canal bancoasegurador, que complementa esta Guía y que figura en el Anexo 2 de este documento.

ANEXO 1: DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS NO DISCRIMINATORIAS

¿De qué depende el precio de su seguro?

El seguro le protege de las consecuencias de un riesgo y es su probabilidad de ocurrencia lo que determina el precio de dicha protección. Por lo tanto, el cálculo de ese precio depende de dos factores: hasta qué punto queda usted protegido (el capital asegurado, es decir, el pago que usted recibirá caso de tener derecho a prestación); y hasta qué punto es posible que haya que protegerle (la probabilidad de que experimente las circunstancias que le otorgan dicho derecho a prestación).

Este segundo factor, la probabilidad, depende de factores objetivos y comprobados estadísticamente, que pueden ser muy variados dependiendo del seguro del que estemos hablando.

¿Por qué este seguro no le discrimina?

Este seguro no realiza prácticas discriminatorias porque todos los factores que tiene en cuenta para el cálculo del riesgo tienen una influencia estadísticamente comprobada en la probabilidad de dicho riesgo, como queda constatado en un documento denominado Base Técnica, que su entidad aseguradora tiene a disposición de su Autoridad de Supervisión (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) para su comprobación, tal y como le obliga la ley.

¿Es el sexo un factor para la fijación del precio de este seguro?

[Casos en que sí, distintos de Salud/Maternidad]

SI. Lo hace porque las estadísticas, reflejadas en la Base Técnica, revelan una diferencia objetiva en la probabilidad del riesgo o en el coste de la prestación derivados de la condición de hombre o de mujer de la persona asegurada. Lo cual significa que el uso de la variable sexo para fijar el precio no es discriminatorio, sino establecer una diferenciación objetiva basada en hechos constatados.

[Casos distintos de Salud/Maternidad en los que el asegurador, voluntariamente, ha decidido aplicar tarifas unisex]

NO. Aunque las estadísticas revelan una diferencia objetiva en la probabilidad del riesgo o en el coste de la prestación derivados de la condición de hombre o

mujer de la persona asegurada, la entidad NOMBRE ha decidido aplicar tarifas unisex, esto es, no tener en cuenta la variable sexo en sus cálculos.

[Salud/Maternidad, periodo transitorio]

SI. La legislación establece taxativamente que no se pueden realizar diferenciaciones al calcular el precio de un seguro debidas a hechos ligados a la maternidad femenina. Este seguro de asistencia sanitaria, por lo tanto, no puede aplicar la variable sexo en el cálculo de sus precios a partir del año 2009. La necesaria adaptación a esta realidad hace que en esta renovación, y de forma extraordinaria, se sigan aplicando tarifas por sexo.

[Salud/Maternidad plenamente adaptado a la ley]

NO. La legislación establece taxativamente que no se pueden realizar diferenciaciones al calcular el precio de un seguro debidas a hechos ligados a la maternidad femenina.

ANEXO 2: PRÁCTICAS DE TRANSPARENCIA EN EL CANAL BANCOASEGURADOR

Las entidades aseguradoras que distribuyen productos de seguro a través del canal bancaseguros son conscientes de la importancia que tiene dotarse de modelos de actuación que permitan optimizar los niveles de calidad en el servicio prestado a sus clientes.

Dentro del respeto a la normativa que rige la libre competencia, se ha promovido y aprobado esta Guía de Buenas Prácticas, que complementa el ordenamiento jurídico vigente en materia de seguros y tiene como único fin servir de guía de conducta en las acciones que en esta materia pudieran adoptarse individualmente por las entidades aseguradoras que operan en el mercado de seguros español empleando el canal banca-seguros, si así lo consideran de forma libre y voluntaria.

Las entidades incluirán en sus contratos de mediación en bancaseguros las obligaciones pertinentes a estas directrices para que sean cumplidas por los distribuidores, en la parte en que les afecten.

I.- Diseño de los productos de seguro

Las entidades que distribuyan productos de seguro a través del canal bancaseguros velarán por que, respetando los contenidos legalmente obligatorios, los contratos y cualesquiera otros documentos empleados en la comercialización y venta de los seguros tengan una estructura clara y un lenguaje lo más sencillo posible, que permita su fácil lectura y comprensión.

II.- Información previa a la contratación del seguro

Las Aseguradoras incluirán en sus contratos de mediación en bancaseguros obligaciones para el comercializador de manera que haga hincapié en informar al cliente:

- De que se trata de un producto de seguro.
- Del papel que desempeñan en la operación la entidad financiera distribuidora y la aseguradora.

Asimismo, establecerán en los contratos de mediación en bancaseguros que los distribuidores del seguro deberán asumir las siguientes obligaciones de información:

- Comunicar a quien desee suscribir el contrato de seguro que se trata de un contrato de esa clase.
- Informar al cliente de que es indispensable que la información que éste proporcione con ocasión o a consecuencia de la suscripción del contrato debe ser veraz y exacta, así como de la relevancia de que así sea.

- Resolver las dudas que plantee el cliente sobre la naturaleza y características del contrato de seguro que pretende suscribir.

III.- Incidencias posteriores a la suscripción del seguro

Las Aseguradoras incorporarán en sus contratos de mediación obligaciones para los distribuidores, cuando se produzca una queja o reclamación y cualquiera que sea el procedimiento que se siga para tramitarla, el cliente reciba información comprensible sobre quién es el responsable de resolverla según la legislación aplicable.

En Seguros de Vida vinculados a operaciones de financiación hipotecaria, el Tomador tendrá derecho a solicitar, en el caso de haberse producido una cancelación total y anticipada del préstamo, la devolución de la parte de la prima o provisión que proceda.

IV.- Formación de las redes comerciales

Las entidades incluirán obligaciones en los contratos de mediación para que los distribuidores resuelvan, antes de la suscripción del contrato, las dudas que plantee el cliente.

Se deberá proporcionar formación suficiente a toda persona que dentro de la red de distribución intervenga efectivamente en la mediación del producto para conseguir que sea contratado.

Es recomendable que la formación que reciban esas personas les permita:

- Conocer e informar al cliente sobre las características particulares de cada seguro distribuido a través de la red.
- Reconocer todos los aspectos del seguro en el que muestre interés el cliente y prestarle asesoramiento sobre todas las consecuencias de hecho que se derivarían de la suscripción de ese concreto producto.
- Ilustrar al cliente sobre cuáles son las funciones y responsabilidades de la entidad financiera mediadora y de la aseguradora en la operación.

La formación que deben adquirir y actualizar las personas que intervengan en la venta de un seguro deberá abarcar, al menos, las materias que periódicamente se identifiquen como adecuadas por el Supervisor para lograr los objetivos descritos en este apartado y cualquier otra exigible.