



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

218

Crear valor mediante la gestión de siniestros de vida

Estudio realizado por: Mireia Orenes Esteban
Tutor: Ferran Rovira Isanda

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

Curso 2016/2017

Esta publicación ha sido posible gracias al patrocinio de ARAG SE, Sucursal en España



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

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

Presentación y agradecimientos

A pesar de llevar ya diez años de dedicación profesional en el sector asegurador, periodo en el que he trabajado en distintas áreas dentro de la unidad de Operaciones del negocio de vida, tan solo llevo cinco meses ejerciendo el rol de Directora de Siniestros de Vida, motivo por el cual he considerado que nada mejor que aprovechar este trabajo para analizar con detalle los aspectos fundamentales que deberán tomarse en consideración para poder identificar puntos de mejora en el proceso de gestión de siniestros que contribuyan a crear valor para el cliente y para el negocio.

Sin duda, los conocimientos adquiridos a lo largo de este Máster así como el punto de partida con el que me he encontrado en esta nueva etapa profesional (un proceso de gestión de siniestros muy bien definido y un gran equipo de trabajo) me serán de gran utilidad para poder enfocar con éxito este análisis.

Agradecer también la ayuda y soporte que he recibido de mi familia a lo largo de la realización del Máster, los cuales me animaron enérgicamente a hacerlo, cosa que les agradezco, y dar las gracias también a la Dirección de Zurich por apostar en mi desarrollo profesional y formación y a mi Tutor Ferran Rovira por su dedicación y por los útiles consejos que me ha dado.

Resumen

Este trabajo pretende mostrar los aspectos esenciales de la gestión de siniestros que necesariamente deberán tenerse en cuenta para construir un proceso de tramitación que tenga como objetivo la creación de valor para el cliente y el negocio. Conseguir generar una buena experiencia para el cliente debe ser el objetivo principal del área y una buena experiencia no se obtiene únicamente con el pago de la prestación. La gestión del siniestro se traduce en “el momento de la verdad para el cliente”, evidentemente una de sus pretensiones será el ver satisfecho el objetivo que perseguía con la contratación del producto, pero el pago no será el único factor que valorará el cliente, por ello será muy importante definir cómo ha de ser la actuación del tramitador a lo largo de cada interacción con el cliente y medir correctamente los tiempos de ejecución. Además el proceso de gestión no debe olvidar elementos primordiales que generarán también valor para la compañía, como pueden ser los procesos de detección del fraude, la consistencia de los criterios de actuación que ayudarán a mitigar el posible riesgo reputacional u operacional, el control sobre los plazos de ejecución o apertura de los siniestros, la comunicación con las distintas áreas de negocio en aras a contribuir a poder mejorar los procesos de selección de riesgos, suscripción, venta, etc.

Y todo ello no se podrá construir sin disponer de un equipo de gestión suficientemente capacitado y con amplios conocimientos del producto, de sus especificaciones técnicas, del proceso de suscripción y venta que ha seguido, además de conocimientos acerca de la normativa que es de aplicación, las técnicas para la detección del fraude, incluso conocimientos médicos serán útiles para una óptima gestión.

Palabras Clave: siniestro, proceso, tramitador, fraude, valor, LCS, experiencia, customer journey, beneficiario, asegurado, suscripción, DGSFP, Tribunal Supremo.

Resum

Aquest treball pretén mostrar els aspectes essencials de la gestió de sinistres que necessàriament hauran de tenir-se en compte per construir un procés de tramitació que tingui com a objectiu la creació de valor per al client i el negoci. Aconseguir generar una bona experiència per al client ha de ser l'objectiu principal de l'àrea i una bona experiència no s'obté únicament amb el pagament de la prestació. La gestió del sinistre es tradueix a “el moment de la veritat per al client”, evidentment una de les seves pretensions serà el veure satisfet l'objectiu que perseguia amb la contractació del producte, però el pagament no serà l'únic factor que valorarà el client, per això serà molt important definir com ha de ser l'actuació del tramitador al llarg de cada interacció amb el client i mesurar correctament els temps d'execució. A més el procés de gestió no ha d'oblidar elements primordials que generaran també valor per a la companyia, com poden ser els processos de detecció del frau, la consistència dels criteris d'actuació que ajudaran a mitigar el possible risc reputacional o operacional, el control sobre els terminis d'execució o obertura dels sinistres, la comunicació amb les diferents àrees de negoci amb l'objectiu de contribuir a poder millorar els

processos de selecció de riscos, subscripció, venda, etc.

I tot això no es podrà construir sense disposar d'un equip de gestió suficientment capacitat i amb amplis coneixements del producte, de les seves especificacions tècniques, del procés de subscripció i venda que ha seguit, a més de coneixements sobre la normativa que és aplicable, les tècniques per a la detecció del frau, fins i tot coneixements mèdics seran útils per a una òptima gestió.

Paraules Clau: sinistre, procés, tramitador, frau, valor, LCS, experiència, customer journey, beneficiari, assegurat, subscripció, DGSFP, Tribunal Suprem.

Summary

This work pretends to show the essential aspects of the management of claims that necessarily will have to take into account to build a process that create value for the customer and the business. Achieve generate a good experience for the customer has to be the main objective of the area and a good experience does not obtain only with the payment of the benefit. The management of the claims translates to “the moment of the truth for the customer”, obviously one of his pretences will be the see satisfied his, but the payment will not be the only factor that will value the customer, therefore will be very important to define how has to be the performance of the claims handler along each interaction with the customer and measure properly the execution times. Besides the process of management does not have to forget paramount elements that will generate also value for the company, how can be the processes of detection of the fraud, the consistency of the criteria of performance that will help to mitigate the possible risk, the control on the terms of execution or opening of the claims, the communication with the different areas of business to contribute to can improve the processes of selection of risks, subscription, sales, etc.

And all that it will not be able to build without having of a team of management sufficiently capacity and with wide knowledges of the product, of his technical specifications, of the process of underwriting and sale that has followed, in addition to knowledges on the rule that is applicable, the technical for the detection of the fraud, even medical knowledges will be useful for an optimum management.

Keywords: claim, process, claims handler, fraud, value, LCS, experience, Customer journey, beneficiary, insurer, underwriting, DGSFP, Supremd Court.

Índice

1. Presentación del problema.....	9
2. El seguro de vida	11
2.1. Definición	11
2.2. Tipologías de seguro de vida	11
2.3. Las partes que intervienen en el seguro de vida.....	14
2.4. Visión rápida del proceso de venta, suscripción y selección de riesgos	15
2.5. El registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento	24
2.6. El tratamiento fiscal de las prestaciones derivadas de un seguro de vida riesgo individual.....	26
3. La gestión de siniestros	31
3.1. Las fases de tramitación	31
3.1.1. Comunicación y apertura del siniestro.....	31
3.1.2. Obtención de la documentación necesaria para la valoración ..	32
3.1.3. Valoración de cobertura	33
3.1.4. Toma de decisión	37
3.1.5. Pago	38
3.1.6. Conclusión del siniestro.....	43
3.2. Acciones del beneficiario que obligan a revisar la decisión	43
3.3. El tratamiento de la protección de datos en la documentación del siniestro	44
3.4. El perfil del tramitador de siniestros	45
3.5. Prevención del fraude	48
4. Como crear valor para el cliente mediante el proceso de gestión de siniestros.....	55
4.1. Análisis de los motivos de reclamación del cliente en relación a la gestión de siniestros	57
4.2. Voice of customer en la gestión de siniestros	61
4.3. Análisis de los resultados y plan de mejora: Customer Journey Map	69
5. Como crear valor para el negocio a través de la gestión de siniestros	77
5.1. Objetivos de la compañía con respecto al resultado de la gestión de siniestros.....	77
5.2. Los elementos clave para la creación de valor	77
5.2.1. Prevención y detección del Fraude:.....	78
5.2.2. Revisión y actualización continua del mapa de riesgos.....	78

5.2.3. Interrelación entre las distintas áreas del negocio	79
5.2.4. Acciones sobre las provisiones de siniestros.....	82
5.2.5. Mejora continua de los procesos y definición de criterios de actuación.....	83
5.2.6. Dotar a la unidad de gestión de siniestros del perfil adecuado de tramitadores y empresas o expertos colaboradores	83
5.2.7. Definición de un adecuado cuadro de mando de la gestión de siniestros.....	84
6. Conclusiones.....	87
7. Bibliografía.....	89

Crear valor mediante la gestión de Siniestros de Vida

1. Presentación del problema

Hay una frase proverbial de uso muy común que dice que “No hay que empezar la casa por el tejado”, así, si el objetivo de esta tesis es poder identificar los puntos de mejora a introducir en el proceso de gestión de siniestros que permitan crear valor al cliente y al negocio, será necesario en primer lugar adquirir un amplio conocimiento de los aspectos clave en la gestión de siniestros de vida. Únicamente de ese modo, podremos identificar los cambios en la tramitación que contribuyan a un mejor resultado para la compañía y a la vez a una buena experiencia para el cliente sin asumir riesgos.

Sin el conocimiento previo de lo que gestionamos difícilmente podremos tomar decisiones acertadas que ayuden a alcanzar el fin que perseguimos. El trabajo de análisis de los aspectos claves del siniestro será básico para cumplir con el objetivo.

En primer lugar mostraré los elementos que mayor relevancia adquieren durante la tramitación del siniestro, cuyo conocimiento y análisis serán esenciales para definir un correcto modelo de gestión de siniestros. Enumero a continuación los más relevantes:

- Las especificaciones técnicas del producto. Aunque centraré el trabajo en una tipología de producto, lo habitual es que el equipo de tramitación gestione siniestros de productos con condiciones y garantías distintas, por lo que será necesario en primer lugar conocer que producto estamos gestionando, que particularidades tiene, que exclusiones o variables incorpora el contrato, para tenerlas en cuenta durante la tramitación.
- El proceso de suscripción y selección de riesgos que se ha seguido hasta la emisión. En particular será importante conocer a qué tipo de cuestionarios está sometido el cliente para declarar aspectos como el estado de salud, ciertas actividades profesionales, etc. El tramitador deberá conocer que preguntas se le formularon al cliente (pueden existir variedad de declaraciones de salud por ejemplo en función de las sumas aseguradas), cuando el asegurado se ha sometido a pruebas médicas, las exclusiones que tiene el contrato, si se ha considerado alguna sobreprima derivada de los riesgos que declaró, etc.
- Los sujetos que intervienen en el contrato con especial atención al beneficiario del seguro.

- Los procesos de custodia y archivo que se siguen, tanto de la documentación contractual como de la documentación que se obtiene durante la fase de selección de riesgos.
- La normativa que es de aplicación a la tipología de productos que se gestionan y la opinión que haya desarrollado la doctrina jurisprudencial o el regulador y que podrían afectar a los criterios que se siguen en la fase de toma de decisiones.
- La fiscalidad que se deberá aplicar al pago de la prestación y que podrá variar en función de la modalidad de producto o de quien sea el beneficiario y su relación con el tomador.

Posteriormente analizaré con más detalle el proceso de gestión de siniestros identificando las distantes fases de la tramitación desde un punto de vista puramente de procesos, así como el detalle de los aspectos que mayor relevancia adquieren durante la tramitación, (el perfil del tramitador de siniestros, los elementos clave para la toma de decisión, la metodología para la prevención y detección del fraude, etc.).

Una vez tengamos claras todas las particularidades que tienen impacto directo en el resultado de la gestión del siniestro, se tratará de analizar el modelo de gestión que deberemos seguir para que, sin perder de vista esos aspectos claves identificados, podamos crear valor para el cliente y el negocio con nuestra gestión. Y de ello tratará los últimos apartados de este trabajo, en primer lugar ver de que modo podemos conocer las acciones que generan mayor o menor satisfacción al cliente en relación a la gestión del siniestro y analizar cómo es la experiencia del cliente y que oportunidades de mejora se generan tras analizar dicha experiencia. En segundo lugar detectar los elementos que podremos incorporar en nuestro modelo de gestión para permitir a su vez crear valor para el negocio, (interrelación con otras áreas de la compañía, cultura de mejora continua, prevención y detección del fraude, etc.)

Para la elaboración de este trabajo se ha analizado la doctrina jurisprudencial entorno a la gestión de siniestros y la normativa aplicable a los seguros de vida riesgo individual, así como consultas e informes de la Dirección General de Seguros y Pensiones y Unespa, además de artículos, publicaciones y diversa bibliografía que se detalla a lo largo del estudio, sin olvidar los conocimientos derivados de la propia experiencia en la gestión de siniestros y en la prestación de servicios para clientes que sin duda son una fuente importante.

2. El seguro de vida

Tal y como apuntaba en la presentación del problema, el conocimiento de las especificaciones técnicas, criterios de suscripción y selección de riesgos o la normativa aplicable son imprescindibles para enfocar adecuadamente el circuito de gestión del siniestro y estos aspectos precisamente serán los que se tratarán a lo largo de este capítulo.

2.1. Definición

El Contrato de Seguro está sujeto a la **Ley 50/1980 del Contrato de Seguro**, (en adelante **LCS**).

El Seguro de Vida forma parte de los denominados seguros de personas y en concreto el Artículo 83 de la citada Ley lo define como aquel seguro por el que *“el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente”*.

Se trata pues de una modalidad de seguro cuya particularidad recae en la determinación en el contrato de la suma asegurada, por lo que la prestación se corresponderá a una cantidad convenida entre las partes durante el proceso de contratación de la póliza, a diferencia de lo que ocurre con los seguros de daños (**art. 26 LCS**) en los que rige el principio indemnizatorio el cual implica que el importe de la indemnización se corresponderá con el valor del interés asegurado en el momento del siniestro *“El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento injusto para el asegurado. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la realización del siniestro”*.

El seguro de vida pretende proteger la eventual pérdida de ingresos del beneficiario si se produce el siniestro y ese importe resulta difícil de valorar cuando se materializa el riesgo de ahí que el valor sea convenido entre las partes durante la celebración del contrato.

2.2. Tipologías de seguro de vida

Podemos identificar distintas tipologías de seguro de vida en función del riesgo cubierto:

- **Seguros que cubren el fallecimiento del asegurado:** Estos se conocen como seguros de vida riesgo y implicarían el pago al beneficiario por ejemplo de un capital definido en la póliza en el caso de fallecimiento del asegurado.
- **Seguros que cubren la supervivencia del asegurado:** Estos se conocen como seguros de vida ahorro y implicarían por ejemplo el pago de un capital en el supuesto de que el asegurado viva a una determinada fecha.

- **Seguros Mixtos:** Estos seguros comprenden garantías en caso de muerte y en caso de vida de forma conjunta.

Nos centraremos a lo largo de este trabajo en los primeros, los denominados seguros de vida riesgo. Así pues la garantía principal cubierta que se tratará durante el análisis del estudio de gestión de siniestros será la del fallecimiento del asegurado y con ello el pago de los capitales asegurados que se hayan definido en el momento de la formalización del contrato y que estará dirigido a satisfacer necesidades económicas que se le producirán al beneficiario derivadas del fallecimiento del asegurado.

Se trata de una modalidad que por la particularidad del riesgo, fallecimiento de una persona, obliga a definir un correcto proceso de gestión de siniestros para poder dar cobertura ágil a los derechos del beneficiario si una vez analizadas las circunstancias que originaron el riesgo se determina que procede la aceptación del pago de los capitales asegurados.

Podríamos a su vez identificar distintas modalidades de seguros de vida riesgo en función de su duración y la prestación que ofrecen, las tipologías principales que encontramos son:

- **Seguros temporales:** Prevén el pago de una prestación al beneficiario que podrá ser en forma de capital, renta o combinación de ambos durante un plazo de tiempo determinado (normalmente un número concreto de años o hasta llegar a una determinada edad).

El seguro puede establecerse como anual renovable (renovación tácita en cada aniversario de la póliza) o por un número determinado de años, en este caso se denomina contrato temporal.

El capital del seguro es variable, según las necesidades del asegurado:

- Temporal constante: el capital será el mismo durante la vigencia de la póliza.
- Temporal creciente: el capital va creciendo.
- Temporal decreciente: el capital va disminuyendo. Este tipo es el habitual en los préstamos.

Y la prima del seguro también puede variar:

- De prima renovable: Prima variable anualmente en función del riesgo.
- De prima nivelada: El importe será constante, creciente o decreciente

- **Seguros a vida entera:** Prevén el pago de una prestación al beneficiario que podrá ser en forma de capital, renta o combinación de ambos sin límite temporal de tiempo. La duración del seguro se extiende hasta el momento del fallecimiento del Asegurado, ocurra cuando ocurra.

En este tipo de seguros la prima podrá ser:

- De prima renovable: Prima variable anualmente en función del riesgo.
- Primas seminiveladas: anualmente renovables hasta determinada edad y niveladas a partir de la misma.
- A primas vitalicias: aquí se pagan las primas hasta que el asegurado fallezca.
- A primas temporales: en este caso, se paga durante un tiempo y, sin embargo, la cobertura se extiende hasta la muerte del asegurado.

Por norma general en nuestro país el seguro Vida Riesgo suele incorporar otras garantías complementarias siendo las más habituales¹:

- **Invalidez:** Normalmente contempla la Invalidez Permanente y Absoluta pero podría cubrir otros grados de invalidez. La garantía cubierta si se produce esta situación suele ser la exención del pago de la prima del seguro, el anticipo del capital que correspondería por fallecimiento, o el pago de una renta temporal hasta llegado el vencimiento del seguro.
- **Muerte por accidente:** Derivaría en el pago de un capital si la causa del fallecimiento o de la invalidez (si va unida a una garantía complementaria de invalidez) fueran como consecuencia de las lesiones provocadas por un accidente. El importe suele ser el mismo capital asegurado por fallecimiento, de ahí que habitualmente se defina como Doble Capital por accidente.
- **Muerte por accidente de circulación:** Esta modalidad de seguro complementario garantiza el pago de un capital en el caso de que el asegurado fallezca o deriva en una invalidez como consecuencia de las lesiones provocadas por un accidente de circulación.

Un punto importante es la imposibilidad de contratar esta garantía complementaria si no se ha contratado también la de muerte por accidente.

Si el capital asegurado por esta garantía es igual al del seguro de muerte por accidente y a su vez, por tanto igual al del seguro principal, se denomina triple capital en caso de muerte por accidente de circulación.

- **Enfermedad grave:** Garantiza el pago de un capital en el caso de que se diagnostique una enfermedad grave al asegurado ya sea en forma de sumas

¹ Pérez Torres, José Luis: "Conociendo el seguro: teoría general del seguro". T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

convenidas en caso de enfermedad, ya sea en forma de anticipo de parte del capital asegurado para caso de muerte, en caso de enfermedad grave.

Por último cabe indicar que además los seguros de vida podrán clasificarse, en función de las personas o grupo de personas a los que cubre, como Individuales, de dos o varias cabezas o colectivos, y en función de si garantizan el pago de un activo vinculado (préstamos, hipotecas, etc.) entre seguros de vida libres o vinculados.

A lo largo de este trabajo nos centraremos en la modalidad individual de los seguros de vida riesgo, punto importante a tener en cuenta atendiendo a las particularidades de la gestión de siniestros en función de que se se trata de un contrato colectivo o individual.

2.3. Las partes que intervienen en el seguro de vida

En los seguros de personas podemos identificar las siguientes figuras que intervienen durante la vida del contrato:

Asegurador: Entidad que dispone de la autorización para operar en actividades de seguros y cuya obligación principal es la de satisfacer la indemnización estipulada en el contrato.

Tomador: Es aquel que suscribe el contrato con el asegurador y cuya obligación principal es la del pago de la prima. Puede coincidir con el Asegurado si se contrata el seguro para uno mismo, o ser persona distinta, si se contrata para un tercero, en este caso y de acuerdo a lo estipulado en el artículo **83.2. LCS** “ (...) será preciso consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro”. El tomador podrá a su vez ser persona física o persona jurídica.

Asegurado: Es el titular del interés asegurado y la persona expuesta al riesgo asegurado.

Podrá ser menor de edad, pero será necesaria la autorización por escrito de sus representantes legales y si fuera menor de catorce años o incapacitado podrá ser asegurado si la cobertura de muerte resulta inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor de rescate. (**Art. 83 LCS**).

En los seguros de vida no obstante, hay una figura que adquiere especial importancia y este es el **Beneficiario** que será la persona titular del derecho a la suma asegurada convenida en el contrato.

Será el tomador del seguro quién designe al beneficiario y además podrá *modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador*, (**Art. 84 LCS**). El beneficiario podrá coincidir o no con el Tomador / Asegurado del contrato, normalmente se establece que sea el propio tomador o asegurado en el caso de que se derive una indemnización como

consecuencia de la supervivencia del asegurado siendo distinto el beneficiario cuando la indemnización se deriva del fallecimiento del asegurado.

El beneficiario se convierte en la figura principal de todo proceso de gestión de siniestros de vida, se trata del cliente que recibirá el servicio. Si el beneficiario es la misma persona que el tomador y asegurado, se tratará de dar servicio a alguien que ya es cliente de la compañía y que lo que busca principalmente es ver atendida su pretensión y tener una buena experiencia, mientras que si es distinto, éste podría no ser cliente de la Entidad por lo que probablemente se trate del primer contacto que tiene con nuestra compañía, oportunidad que deberemos aprovechar en aras a la captación de un nuevo cliente.

En ocasiones resulta complejo determinar quién es el beneficiario del contrato, especialmente cuando se realizan designaciones genéricas como por ejemplo, cónyuge, herederos legales, hijos, etc.

Será importante disponer de pautas e instrucciones precisas para que los tramitadores de siniestros puedan concluir quien es la persona que tiene el derecho a recibir la indemnización para evitar que se proceda al pago a persona errónea que obligue a tener que abonar de nuevo la prestación a riesgo de no poder recuperar rápidamente el importe abonado incorrectamente.

De la figura del beneficiario hablaremos con más detalle en el punto 3.1.5.

Es importante mencionar, para finalizar este apartado, que existe un supuesto bajo el cual no será posible el pago de la prestación y que el tramitador deberá tener en cuenta, se trata del supuesto recogido en el artículo **92 LCS**, el cual determina que *“La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador.”* Así, en el supuesto de que el beneficiario haya provocado dolosamente la muerte del asegurado, no podrá percibir la prestación asegurada.

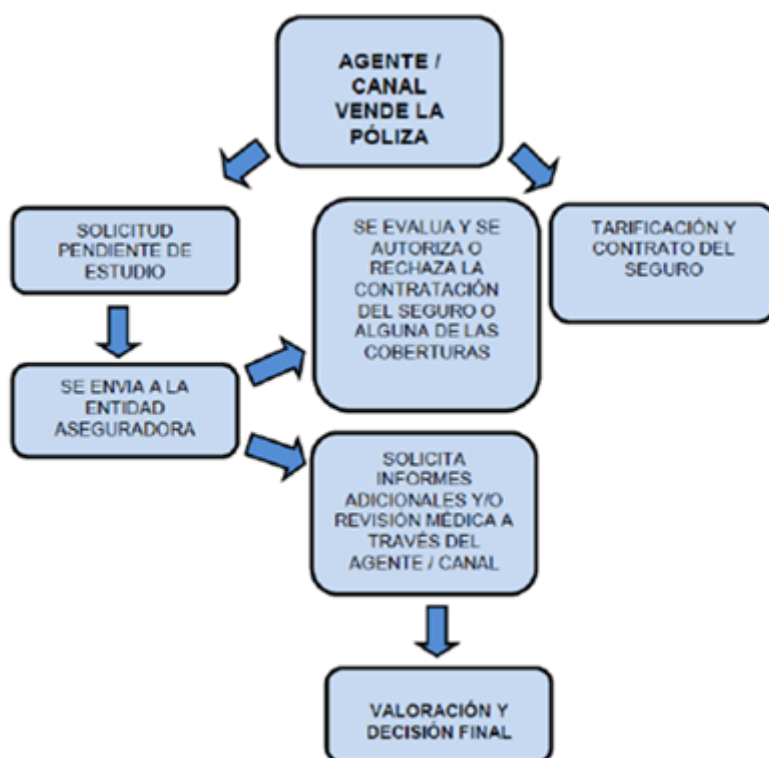
2.4. Visión rápida del proceso de venta, suscripción y selección de riesgos

Otros aspectos clave que el tramitador de siniestros deberá conocer son el proceso de suscripción y el de selección de riesgos y contratación que se ha seguido hasta la emisión de la póliza.

La selección de riesgos en el ramo de vida deberá permitir obtener una cartera de clientes lo más homogénea posible cuya futura mortalidad o probabilidad de ocurrencia de las garantías complementarias será previsiblemente lo más ajustada a la tablas que la propia compañía haya tomado en consideración.

En líneas generales (puede variar en algún caso en función de la tipología de contrato, el importe a asegurar, etc.) el esquema de contratación del seguro de vida que se habrá seguido es el siguiente:

Figura 1. Esquema contratación seguro de vida



Fuente: Avila Ostos, Maribel, Tele-Suscripción en los Seguros de Vida – Tesis del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. Cuadernos de Dirección Aseguradora. Barcelona, 2016.

Solicitud de Seguro de Vida: Es el documento que deberá cumplimentar el futuro tomador en aras a la formalización del contrato. Con dicha solicitud se inicia el proceso de selección de riesgos y su correcta cumplimentación es esencial para garantizar la sujeción del asegurado a las cláusulas de la póliza así como para garantizar la correcta selección de riesgos.

Es importante mencionar lo previsto en el **artículo 6 LCS** el cual establece que *“La solicitud de seguro no vinculará al solicitante. La proposición de seguro por el asegurador vinculará al proponente durante un plazo de quince días.”*

La solicitud deberá estar correctamente sellada y firmada por el cliente y deberá contener principalmente los siguientes aspectos:

Los datos personales e identificación del Tomador, el Asegurado y el Beneficiario del futuro asegurado.

Los datos del seguro: garantías cubiertas, el tiempo durante el cual se ofrecerá la cobertura, el importe del capital asegurado y forma de cobro, la modalidad (creciente, constante, etc.)

La declaración de actividades o coberturas preexistentes: información que deberá facilitar y cumplimentar necesariamente el asegurado en relación a su profesión, a la práctica de actividades de riesgo, realización de futuros viajes, capitales asegurados en otras compañías, etc.

En función de las respuestas que el asegurado facilite, puede resultar necesario que cumplimente adicionalmente cuestionarios específicos por ejemplo en lo que corresponde a una determinada profesión laboral. Todas las cuestiones en definitiva irán dirigidas a poder analizar en su globalidad la petición de cobertura que se está realizando y que la selección de riesgos, en base a los datos declarados y el perfil del asegurado deberá tener en consideración.

Declaración de salud, documento de gran importancia y que contiene una serie de preguntas dirigidas a conocer el estado de salud del solicitante. Es muy importante que también esté firmada por el propio asegurado y que sea éste quién la cumplimente, así como que se incorpore la fecha en la que ha sido cumplimentada.

Este punto resulta muy importante para poder defender la denegación de un siniestro por inexactitud en la declaración del riesgo, el rehúse por esta causa requerirá mostrar la declaración de salud para validar quién firmó y contestó a las preguntas de salud por lo que si podemos demostrar que la firmó y cumplimentó el tomador, resultará más fácil de defender.

Existe no obstante jurisprudencia del Tribunal Supremo que acepta que las respuestas estén realizadas por un tercero (empleado bancario por ejemplo), si puede probar que las incorporo tras previamente formularle las preguntas al tomador, circunstancia no obstante que puede resultar compleja de acreditar.

En ese sentido se pronuncia la Sección 1ª de la Sala de lo Civil en fecha 16 de Marzo del 2.016 en la Sentencia 1208/2016 – (ECLI: ES:TS:2016:1208).

Figura 2. STS 1208/2016 acerca de la cumplimentación por empleado bancario del cuestionario de salud

»Al hilo de esto último, la pretendida exoneración del deber de la tomadora del seguro de declarar que había padecido un cáncer de mama hacía unos pocos años, no puede justificarse por la mera razón de que el cuestionario fuera rellenado por el personal del banco que actuaba por cuenta de la aseguradora. Lo realmente relevante para que esta circunstancia exonere de tal deber e impida por ello que pueda valorarse como una conducta que, por ser dolosa, libera al asegurador del pago de la indemnización una vez actualizado el riesgo cubierto de la muerte de la persona asegurada, es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que la tomadora del seguro no fue preguntada por esta información relevante. En los casos en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso hemos de entender que ha existido una infracción del deber de declaración.»

En el presente caso, conforme a la doctrina jurisprudencial expuesta, se infiere que la entidad aseguradora no cumplió previamente con su deber de someter al asegurado la cumplimentación de un cuestionario de salud, propiamente dicho, sin posibilidad, por tanto, de que éste pudiera cumplir con su deber de responder a hechos o circunstancias que pudieran ser relevantes para la valoración del riesgo. Como se observa de la póliza suscrita, lejos de interesar alguna respuesta acerca de enfermedades relevantes del asegurado, caso del cáncer padecido, resulta claramente estereotipada acerca de la salud general que presenta el asegurado, sin individualizar o concretar preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura. De forma que no puede considerarse que el asegurado, al no mencionar dicha enfermedad padecida, infringiera el deber de contestación o de respuesta que le impone el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro .

Fuente: Tribunal Supremo

Si los datos declarados en la solicitud son suficientes desde el punto de vista de la selección de riesgos como para considerar adecuada la contratación, se podrá formalizar el contrato, no obstante en ocasiones resulta necesario, ya sea por la cuantía a asegurar o en base a determinadas respuesta que haya podido facilitar en las declaraciones realizadas, que la formalización del contrato quede supeditada a la realización de pruebas médicas de mayor o menor grado de modo que los equipos médicos puedan valorar en última instancia la adecuación o no a la contratación de la póliza en el caso de que la declaración no esté incorporada en el documento de solicitud del contrato.

Me detendré a analizar con más detalle la declaración de salud y la obligación de declarar el riesgo. El artículo **10 de la LCS** indica que *“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él”*.

Es importante indicar que contrario a lo que pasa en el resto de modalidades de seguro, en los seguros de personas no existe la obligación de comunicar la variación que se pueda producir del estado de salud del asegurado, y no se considerarán por lo tanto agravación del riesgo (**art. 11 LCS**). Sí que existe,

como apuntaba el **artículo 10**, la obligación de contestar correctamente todas las preguntas de salud o circunstancias que puedan afectar en la valoración del riesgo en base al cuestionario al que le someta la aseguradora.

No olvidemos que en la contratación aplica el principio de buena fe, por el que la aseguradora presumirá que los datos declarados son correctos. Sobre la buena fe contractual también se ha pronunciado el TS, por ejemplo en la sentencia 676/2014 de fecha 4 de diciembre del 2.014 dictada por la **Sección 1ª de la Sala de lo Civil**.

Figura 3. STS 676/2014 acerca del principio de buena fe en la declaración del riesgo

»A través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nitida el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. En efecto, se sabe que, siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores. Estos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado.

Fuente: Tribunal Supremo

Pero la operatividad del principio de Buena Fe no siempre resulta. Son muchas las ocasiones en las que en la fase de valoración de cobertura se concluye por ejemplo que la enfermedad que originó la causa del siniestro era previa a la contratación y sin embargo, no se había declarado. En este caso será esencial que el cuestionario contenga preguntas claras, sencillas y adecuadas para delimitar el riesgo de modo que en caso de denegación del siniestro y reclamación posterior, no se estime la misma por entender que el cuestionario no era lo suficientemente claro o concreto.

En relación a la validez e idoneidad del cuestionario para la delimitación correcta del riesgo se ha pronunciado también el Tribunal Supremo en varias ocasiones, como es el caso de la Sentencia 1373/2005 de la Sala 1ª de lo Civil de fecha 4 de marzo del 2.005 - ECLI: ES:TS:2005:1373, en la que llega a concluir que la aseguradora (a tenor de la literalidad de las preguntas de la declaración) había descuidado el cuestionario derivando ello en considerar inadecuado el formulario para que el asegurado pudiera declarar el riesgo.

Figura 4. STS 1373/2005 acerca de la idoneidad del cuestionario de salud

Pues bien, si se contrastan con el cuestionario esos hechos, tanto los probados como los no probados, ha de concluirse que la única pregunta capaz de plantear alguna duda por haberla respondido afirmativamente el tomador-asegurado era la que rezaba "¿Se considera actualmente en buen estado de salud para el trabajo?", en la que se apoya especialmente la recurrente poniéndola en relación con el hecho probado de la baja laboral por entonces del tomador-asegurado. Sin embargo la duda no debe traducirse en una estimación del recurso porque el buen estado de salud "actual" para el trabajo no puede identificarse con que precisamente el día en que se cumplimenta el cuestionario se encuentre el asegurado en condiciones de trabajar normalmente. Dicho de otro modo: dada la banalidad habitualmente atribuida por los médicos a las cervicalgias, como procesos transitorios que mejoran con unos días de descanso, la baja laboral por cervicalgia no tendría más trascendencia que la debida, por ejemplo, a un proceso gripal, y no sería razonable entender que quien cumplimenta un cuestionario encontrándose de baja por un proceso gripal venga obligado a declarar que en ese momento no se considera "en buen estado de salud para el trabajo", concepto de dimensión bastante más amplia y general que la de si el concreto día en que se cumplimenta el cuestionario el asegurado ha podido ir o no a trabajar por razones de salud.

A lo antedicho se une que el resto del cuestionario revela, de un lado, el cumplimiento por el tomador-asegurado de su deber de declaración, pues responde afirmativamente a la pregunta de si ha sido intervenido quirúrgicamente, detalla luego que lo fue de apendicitis en el año 1974 y, además, se declara fumador e identifica a su médico de cabecera, autorizando a la aseguradora a solicitar de éste opinión "sobre las condiciones actuales y anteriores de su salud", de suerte que difícilmente cabe advertir dolo, culpa grave ni mala fe del asegurado; y de otro, que la aseguradora no dedicaba una especial atención al cuestionario, porque la pregunta "¿Han intervenido su trabajo alguna vez, por una duración superior a quince días?" parece más la mala traducción de un cuestionario originariamente redactado en otra lengua que una pregunta correctamente formulada sobre el extremo, habitual en los cuestionarios de seguros de vida, de una posible baja laboral durante más de quince días, circunstancia ésta que tampoco se dio en el caso, de suerte que al correcto cumplimiento de su deber por el tomador-asegurado se sumó el descuido o desatención de la aseguradora al cuestionario, como en el caso del recurso nº 388/98 resuelto por la sentencia de esta Sala de 31 de diciembre de 2003 .

Fuente: Tribunal Supremo

Resulta aquí esencial desde el punto de vista de la gestión de siniestros, valorar por ejemplo si el cuestionario que cumplimentó el tomador contenía preguntas suficientemente claras y concretas como para que pudiera llegar a entender que debía declarar determinada patología.

Si el cuestionario fuera correcto, el legislador, de acuerdo a lo contemplado en el artículo 10 de la LCS le da la facultad a la aseguradora para poder resolver el contrato con las siguientes consideraciones:

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Con esta opción, la aseguradora podrá hacer uso de la facultad de rescindir el contrato durante el primer año posterior a la contratación pero tendrá únicamente un mes desde el conocimiento de la inexactitud en la declaración para resolver el contrato. Si el conocimiento se obtiene con la declaración del siniestro (será lo más habitual), la aseguradora en los mismos plazos podrá reducir el importe de la prestación en lo que hubiera correspondido de haber declarado correctamente el riesgo, quedando liberado del pago si se puede demostrar que medió culpa grave o dolo.

Es habitual detectar en la fase de valoración del siniestro tales inexactitudes, por lo que requerirá que el tramitador del siniestro revise la idoneidad del cuestionario en el caso en cuestión, revisar si fue correctamente firmado y gestionar en base a lo previsto en dicho artículo y en los plazos estipulados.

Finalizada la selección de riesgos, con base a la solicitud y demás declaraciones o comprobaciones pertinentes, el asegurador procederá a la **EMISIÓN DEL CONTRATO** facilitando al asegurado la documentación contractual que corresponda (Proposición, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones especiales, etc.).

El tramitador de siniestros deberá conocer el contenido de las condiciones generales y particulares del producto que se ha contratado pero adicionalmente deberá conocer cómo puede acceder a la copia de la documentación firmada, entre ella la Declaración de Salud, por si fuera necesario en algún momento, obtener la copia original firmada (por ejemplo para aportarla como prueba para defendernos ante una reclamación judicial del beneficiario).

En cuanto a las condiciones generales, las mismas incluirán en la mayor parte de productos, cláusulas que limitan la cobertura. En relación a las mismas la **LCS en su artículo tercero** nos dice: *Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito.*

A tenor de lo expuesto, no podría prosperar la denegación de un siniestro por aplicación de una cláusula limitativa si dicha cláusula no aparece destacada en el contrato y firmada expresamente, por lo que se traduce dicho requerimiento

en la obligación por parte del tramitador de revisar la documentación contractual del contrato a fin de validar que se cumple lo requerido por la norma.

Así se pronuncia la DGSFP en respuesta a una consulta acerca de los requisitos de las cláusulas limitativas contenidas en los seguros:

Figura 5. Consulta DGSFP acerca de las cláusulas limitativas.

ASUNTO: CLÁUSULAS LIMITATIVAS

Planteamiento

Se consulta sobre el régimen y requisitos de las cláusulas limitativas contenidas en los seguros en general.

(...)

Las cláusulas limitativas se destacarán de modo especial, lo que exige que la constancia gráfica en la póliza debe hacerse de modo que se resalten dichas cláusulas limitativas sobre la forma común de redactar la póliza, bien porque se emplea una tipografía especial que llame la atención, bien porque se recojan en apartados especiales que las destaquen sobre la expresión general de la póliza.

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

Fuente: DGSFP

Para finalizar este apartado, es importante mencionar la distinción que se produce entre las cláusulas limitativas y las delimitadoras. De acuerdo a lo indicado por el Tribunal Supremo:

(...) 1.- Desde un punto de vista teórico, la distinción entre cláusulas de delimitación de cobertura y cláusulas limitativas parece, a primera vista, sencilla, de manera que las primeras concretan el objeto del contrato y fijan los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro. Mientras que las cláusulas limitativas restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada en el contrato, una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido. (STS 4058/2016 - ECLI: ES:TS:2016:4058).

No obstante, como expresa la sentencia de esta Sala núm. 715/2013, de 25 de noviembre, en la práctica, no siempre han sido pacíficos los perfiles que presentan las cláusulas delimitadoras del riesgo y las limitativas de los derechos del asegurado. Las fronteras entre ambas no son claras, e incluso hay supues-

tos en que las cláusulas que delimitan sorprendentemente el riesgo se asimilan a las limitativas de los derechos del asegurado.

La sentencia 853/2006, de 11 de septiembre, sienta una doctrina, recogida posteriormente en otras muchas resoluciones de esta Sala 1ª, (verbigracia sentencias núm. 1051/2007, de 17 de octubre; y 598/2011, de 20 de julio), según la cual son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan: (i) qué riesgos constituyen dicho objeto; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en que ámbito temporal.

Otras sentencias posteriores, como la núm. 82/2012, de 5 de marzo, entienden que debe incluirse en esta categoría la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada. Se trata, pues, como dijimos en la sentencia núm. 273/2016, de 22 de abril, de individualizar el riesgo y de establecer su base objetiva, eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con arreglo al uso establecido, siempre que no delimiten el riesgo en forma contradictoria con las condiciones particulares del contrato o de manera infrecuente o inusual (cláusulas sorprendentes).

A su vez, la diferenciación entre cláusulas delimitadoras del riesgo y cláusulas limitativas de derechos, cuando el asegurado es un consumidor, ya viene establecida en la exposición de motivos de la Directiva 93/13/CEE, del Consejo, de 5 de abril de 1993, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores, al decir que «en los casos de contratos de seguros las cláusulas que definen o delimitan claramente el riesgo asegurado y el compromiso del asegurador no son objeto de dicha apreciación (de abusividad), ya que dichas limitaciones se tienen en cuenta en el cálculo de la prima abonada por el consumidor».

2.- Por su parte, las cláusulas limitativas de derechos se dirigen a condicionar o modificar el derecho del asegurado y por tanto la indemnización, cuando el riesgo objeto del seguro se hubiere producido. Deben cumplir los requisitos formales previstos en el art. 3 LCS, de manera que deben ser destacadas de un modo especial y han de ser expresamente aceptadas por escrito; formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto (sentencias 268/2011, de 20 de abril; y 516/2009, de 15 de julio).

La jurisprudencia ha determinado, de forma práctica, el concepto de cláusula limitativa, referenciándolo al contenido natural del contrato, derivado, entre otros elementos, de las cláusulas identificadas por su carácter definidor, de las cláusulas particulares del contrato y del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora (Sentencia núm. 273/2016, de 22 de abril). El principio de transparencia, fundamento del régimen especial de las cláusulas limitativas, opera con especial intensidad respecto de las cláusulas introductorias o particulares².(...)

² España. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia núm. 4058/2016 de 14/09/2016.

En la tramitación del siniestro, si se considera que debe denegarse el pago de la prestación por entender que es de aplicación alguna cláusula de limitación de cobertura incorporada en el contrato, será necesario tener claro si dicha cláusula es limitativa o delimitadoras, siendo necesario en cualquier caso, que de considerarse limitativa, ésta haya sido expresamente aceptada y firmada por el tomador y aparezca correctamente resaltada en el contrato, de lo contrario la denegación podría no ser defendible ante instancias judiciales en el caso de producirse una reclamación por parte del beneficiario.

2.5. El registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento

En el año 2005 con la entrada en vigor de la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento, se da solución a la dificultad que suponía antes de la entrada en vigor de la citada Ley el poder conocer por parte de los herederos de la persona fallecida si el causante era titular a la fecha de fallecimiento de algún seguro de vida que pudiera dar derecho a una prestación para sus beneficiarios.

Esta regulación resulta favorable para los beneficiarios de seguros de vida a quienes les permitirá con mayor facilidad obtener información acerca de los seguros que tenía el causante, pero a su vez resulta también beneficioso para las aseguradoras en tanto que ha contribuido a reducir en muchos casos el plazo de comunicación de la ocurrencia de un siniestro por parte del beneficiario.

Con la creación de dicho Registro, las entidades se obligan a remitir con la periodicidad establecida y en relación a la tipología de seguros para los que se exige la remisión de información, el fichero con el detalle, estado y modificaciones de las pólizas que tiene en su cartera.

Que contratos de seguros quedan incluidos en el Registro?.³

- En el Registro deben figurar los contratos relativos al seguro de vida con cobertura de fallecimiento y los seguros de accidentes en los que se cubra la contingencia de la muerte del asegurado, ya se trate de pólizas individuales o colectivas.

Y que seguros quedan excluidos del ámbito del Registro?⁴

- Los seguros que instrumentan compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores, regulados en el Real Decreto 1588/1999.

³ Pérez Torres, José Luis: "Conociendo el seguro: teoría general del seguro". T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

⁴ Pérez Torres, José Luis: "Conociendo el seguro: teoría general del seguro". T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

- Los seguros en los que, en caso de fallecimiento del asegurado, coincidan el Tomador y el Beneficiario.
- Los contratos suscritos por mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial, mutualidades de profesionales colegiados y mutualidades cuyo objeto exclusivo sea otorgar prestaciones o subsidios de docencia o educación.

Producido el fallecimiento del asegurado, el beneficiario podrá, durante el plazo de 5 años desde la fecha de fallecimiento, solicitar ante el Registro General de Últimas Voluntades (Órgano encargado del control y recepción de la información remitida por la compañías) un certificado en el que se detallarán los seguros de los que era titular y la compañía aseguradora con las que lo tenía contratado.

Aunque si es cierto que el registro ha permitido a las aseguradoras que el siniestro sea comunicado con mayor rapidez por parte del beneficiario (evitando así comunicaciones de siniestros con fecha de ocurrencia muy atrasada), también es cierto que se trata del envío de una información con una periodicidad muy reducida (semanalmente), que requiere de validaciones y comprobaciones periódicas para que la comunicación sea correcta evitando así que en ocasiones se puede producir alguna incoherencia o error en la información declarada que puede generar un conflicto, queja, etc. por parte del beneficiario, (por ejemplo que se certifique que era titular de un seguro que había cancelado meses antes del fallecimiento pero que la compañía por error no había comunicado la baja del seguro en sus ficheros periódicos). Es muy importante que se establezcan, por las implicaciones que puede conllevar, los controles correspondientes para asegurar que la documentación que se remite es correcta y que se está enviando con la periodicidad establecida.

En ese sentido se pronuncia la DGSFP en respuesta a una reclamación interpuesta por un asegurado que efectuó una reclamación tras la denegación del pago de la prestación de dos seguros cuya vigencia a fecha de fallecimiento fue certificada por el Registro, pero que resultaron estar canceladas. La DGSFP desestimó la reclamación del beneficiario en tanto las pólizas estaban canceladas pero concluyó que la compañía no había cumplido con su obligación, constituyendo una infracción administrativa.

Figura 6. Consulta DGSFP acerca de la obligación de remitir información sobre pólizas al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.

<p>TIPO SEGURO: vida.</p> <p>ENTIDAD RECLAMADA: RGA Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros.</p> <p>ASUNTO: Rehúse por parte de la entidad del abono de la prestación en dos seguros de vida.</p> <p>INFORME FINAL: El Servicio de Reclamaciones consideró que aunque la entidad había acreditado la extinción de los contratos antes del fallecimiento de la asegurada, la compañía había incumplido sus obligaciones de remisión de datos al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.</p> <p>CONCLUSIÓN: La obligación de comunicación de los datos al Registro recae plenamente sobre las entidades aseguradoras, constituyendo infracción administrativa el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley.</p>	<p>2/2014. Incumplimiento por la entidad de los deberes de remitir información sobre pólizas al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.</p> <p>El reclamante exponía que, tras el fallecimiento de su madre, había solicitado al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento, que depende del Ministerio de Justicia, un certificado de los seguros en vigor. En dicho certificado constaban dos seguros suscritos con la entidad reclamada en los que la fallecida era la asegurada. A la vista del mismo había solicitado a la aseguradora la indemnización correspondiente a los dos contratos, que ascendía a 36.000 € en total, y la compañía había rehusado el pago pues alegaba que los contratos, a la fecha de fallecimiento de la asegurada, ya no estaban en vigor.</p> <p>La entidad, en sus alegaciones, acreditaba la baja de las dos pólizas por impago de las primas y reconocía que por un fallo técnico dichas bajas no se habían hecho constar en el Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.</p> <p>El artículo 8 de la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento establece que <i>las obligaciones de las entidades aseguradoras comprendidas en esta Ley tienen la consideración de normas de ordenación y supervisión de los seguros privados. Su incumplimiento constituirá infracción administrativa, de acuerdo con lo dispuesto en el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.</i></p> <p>El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar, por una parte, que quedaba acreditada la extinción de los contratos por impago antes del fallecimiento de la asegurada, y por tanto, que el reclamante no tenía derecho al cobro de la prestación y, por otra parte, el informe final ponía de manifiesto el incumplimiento de la entidad de sus obligaciones respecto a la remisión de datos al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.</p>
--	--

Fuente: DGSFP

2.6. El tratamiento fiscal de las prestaciones derivadas de un seguro de vida riesgo individual

El conocimiento de la fiscalidad a aplicar en el pago de la indemnización es un punto muy importante en la tramitación del siniestro, considerando que la entidad es el sujeto obligado a retener y responsable subsidiario en el caso de liquidación incorrecta de las obligaciones tributarias.

El proceso de gestión de siniestros deberá tener en cuenta que tratamiento fiscal aplica para cada tipología de prestación y mantener correctamente actualizados, a los últimos cambios normativos, sus aplicaciones informáticas o criterios internos de cálculo (si la fiscalidad se calcula manualmente).

La relación entre el tomador, asegurado y beneficiario será la que nos indicará que modalidad de tributación deberemos aplicar. El siguiente cuadro nos servirá para ver los diferentes escenarios en los que nos podríamos encontrar al gestionar el pago de una prestación de seguro de vida individual si consideramos que el tomador es una persona física:

Figura 7: Modalidad de tributación en función del beneficiario de la indemnización

TOMADOR	ASEGURADO	BENEFICIARIO	SUPERVIVENCIA	FALLECIMIENTO
X	X	X	IRPF (RCM)	N/A
X	X	Y	I. DONACIONES	I. SUCESIONES
X	Y	X	IRPF (RCM)	IRPF (RCM)
X	Y	Y	I. DONACIONES	N/A
X	Y	Z	I. DONACIONES	I. DONACIONES

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo con el cuadro, el pago de la indemnización podrá estar sujeta a dos impuestos, IRPF o bien Impuesto de Sucesiones y Donaciones. Veremos a continuación que tributación aplicará, considerando los dos tipos de impuestos posibles en el caso de una prestación por invalidez del asegurado o una prestación por fallecimiento.

INVALIDEZ – En el caso que el tomador y beneficiario sean la misma persona, éste último obtiene con la prestación **un rendimiento de capital mobiliario que deberá tributar por IRPF** de acuerdo con la escala de gravamen que se aplica a la renta del ahorro (**Art. 25.3. LIRPF**).

En el caso de IRPF las principales particularidades que deberá tener en cuenta el tramitador serán las siguientes:

Si la póliza fuera anual renovable consideraremos rendimiento el total importe de la indemnización minorado por el importe de la prima pagada en la última anualidad.

Si la póliza estuviera vinculada a un préstamo hipotecario, siendo en este caso el beneficiario la entidad financiera, la normativa exige que se le aplique el mismo tratamiento fiscal que si el beneficiario hubiera sido el deudor hipotecario. (**DA 40ª LIRPF**)

Tal y como lo explica el Instituto AVIVA en su manual 50 preguntas clave sobre el seguro de vida:

El tomador/deudor hipotecario obtendrá un rendimiento de capital mobiliario que formará parte de la renta del ahorro. No obstante, para no distorsionar la finalidad de la operación (cancelación de la hipoteca), este rendimiento no está sujeto a retención, lo que ocasiona que el tomador deba hacer frente al pago del impuesto íntegro en el momento de la declaración. Este tratamiento fiscal no aplica si la prestación de invalidez se destina a la cancelación de un préstamo personal. En este caso, la cancelación del préstamo genera una alteración patrimonial para el tomador (su patrimonio neto es mayor al no verse minorado por el importe de la deuda). Esta ganancia patrimonial debe integrarse igualmente en la renta del ahorro.⁵

Considerando lo anterior, las aplicaciones informáticas utilizadas en la gestión del siniestro deberán permitir, para evitar tener que llevar controles manuales, identificar que seguros están vinculados a un préstamo hipotecario para que, en el caso de que se derive de la invalidez del asegurado, se pueda comunicar correctamente dicha prestación a la AEAT en el modelo fiscal correspondiente (Modelo 188 - Declaración Informativa. Retenciones e ingresos a cuenta). Cuando no se corresponda a un préstamo hipotecario el pago no sujeto a retención se declarará en un modelo fiscal distinto (Modelo 347 - Declaración anual de operaciones con terceras personas), de ahí la importancia de tener identificado si está o no vinculado a préstamo hipotecario.

Tributación por Impuesto de Sucesiones y Donaciones, en la modalidad de Donaciones, cuando el beneficiario sea distinto al Tomador. No será muy habitual, puesto que lo habitual en el caso de seguro de vida con garantía de invalidez es que el tomador y asegurado sean la misma persona y también lo sea el beneficiario, pero si se detectara que el beneficiario es persona distinta, la prestación deberá tributar por ISD (**Art. 12.e) RISD**). En el punto siguiente veremos con más detalle que consideraciones deberemos tener en cuenta en la gestión de este impuesto.

FALLECIMIENTO - En caso de fallecimiento del asegurado, la prestación estará sujeta al Impuesto de Sucesiones y Donaciones en su modalidad de Sucesiones. (**art. 9.c) LISD**). Se trata de un impuesto cedido a la Comunidades Autónomas y el importe de la tributación podrá variar en función de la CCAA en la que deba liquidarse el pago.

En el caso del Impuesto de Sucesiones y donaciones, independientemente de que se trate de la modalidad de sucesiones o la de donaciones, deberemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Obligaciones para la compañía: Se establece que las aseguradoras serán responsables subsidiarias del pago del impuesto (**art. 8.1.b) LISD y 19 y 20 RISD**), por lo que deberá asegurar, antes del pago de la prestación, que los beneficiarios han liquidado correctamente el impuesto para evitar ser requeridos para el pago en defecto de la liquidación de los beneficiarios. (**Art. 42 LGT y 8.1. LISD**)

⁵ AVIVA. Las 50 preguntas sobre planes y FFPP. Instituto Aviva - Junio 2016. <http://www.instituto-aviva-de-ahorro-y-pensiones.es/corporativa/educacion-financiera/biblioteca/50-claves/>.

Únicamente hay una excepción que es la de anticipar el importe de la prestación para liquidar el impuesto, pero en este caso será necesario que el pago se realice mediante cheque bancario a nombre de la Administración.

Fuera de ese supuesto deberemos exigir la liquidación del impuesto y deberemos establecer los mecanismos para que el tramitador pueda validar que la liquidación se ha realizado correctamente.

Tributación en el supuesto de que la prima se hubiera pagado con cargo a la entidad de gananciales (Art. 39.2 RISD): Se entiende que una póliza se ha contratado con cargo a la sociedad de gananciales cuando esta circunstancia consta expresamente en la póliza o, en su defecto, el cónyuge del fallecido aporta pruebas admitidas en derecho de las que se concluye la veracidad de esta circunstancia.

En este caso, a la prestación de fallecimiento percibida por el cónyuge beneficiario se le aplican dos impuestos⁶:

- El 50% de la prestación (la que se corresponde con la parte de la prima “pagada” por el fallecido) estará sujeta al Impuesto sobre Sucesiones.
- El otro 50% de la prestación (correspondiente a la parte de la prima “pagada” por el beneficiario) generará un rendimiento del capital mobiliario sujeto a la escala de gravamen del ahorro.

⁶ AVIVA. Las 50 preguntas sobre planes y FFPP. Instituto Aviva - Junio 2016.
<http://www.instituto-aviva-de-ahorro-y-pensiones.es/corporativa/educacion-financiera/biblioteca/50-claves/>.

3. La gestión de siniestros

La gestión de siniestros constituye un pilar básico en la actividad aseguradora. Una tramitación y finalización adecuadas conllevan a la obtención de resultados positivos en las cuentas de las compañías. Pero, más allá del aspecto económico, es un factor clave para la fidelización y retención de clientes. La manera de tramitar y pagar las indemnizaciones por parte de las aseguradoras es factor clave a la hora de elegir una compañía de seguros en lugar de otra.⁷

Son muy pocos los momentos en los que se produce interacción entre el cliente y la aseguradora a lo largo de la vida de una póliza, y la ocurrencia del siniestro es sin duda uno de los más importantes. El proceso de gestión del siniestro deberá contener esa idea en su ADN para asegurar que el cliente tenga una experiencia positiva. No hay que olvidar además que el riesgo asegurado en este caso es el fallecimiento o invalidez del asegurado, por lo que tratándose de una situación tan complicada deberemos procurar definir nuestro proceso de gestión desde la empatía hacia los beneficiarios con los que deberemos interactuar los cuales estarán pasando por una situación difícil que implicará que debamos ir más allá de la propia tramitación de un siniestro si queremos conseguir que tenga una buena experiencia.

Las compañías podrán definir procesos de gestión muy distintos, con mayor o menor automatización, con sistemas más o menos tradicionales, con sistemas de comunicación más o menos novedosos, pero el éxito de la tramitación desde el punto de vista del cliente dependerá en gran medida, de la atención al cliente, la simplificación del proceso, el ser transparentes, accesibles y humanos y entender la dificultad por la que están pasando.

3.1. Las fases de tramitación

A lo largo de este epígrafe se describirán las fases principales en las que se puede dividir el proceso de gestión de siniestros de seguros de vida riesgo individual y las características principales de cada una de ellas.

3.1.1. Comunicación y apertura del siniestro

Durante esta fase, el asegurado, o el beneficiario (en caso de fallecimiento del asegurado), comunicarán a la entidad aseguradora la ocurrencia del siniestro mediante los canales que se hayan establecido para ello.

La Ley del contrato de Seguro, en su artículo dieciséis recoge que *el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso*

⁷ INESE. Gestión de siniestros, clave para la satisfacción y fidelización del cliente – 13 de octubre del 2016. <https://www.inese.es/noticias/gestion-de-siniestros-clave-para-la-satisfaccion-y-fidelizacion-del-cliente#.WXywOa1dDIU>.

de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Según lo dispuesto por la LCS, dentro de ese plazo de siete días, el beneficiario debería acudir a comunicar el siniestro, algo poco habitual en los seguros de vida en los que la comunicación suele llegar más tarde. No olvidemos que en la mayor parte de siniestros se habrá producido el fallecimiento de un ser querido y lo habitual es que estos trámites no se realicen tan pronto, esto nos impactará en el cálculo de los I.B.N.R. (incurred but not reported), es decir los siniestros ocurridos que todavía no se han declarado a la fecha de corte, (cierre ejercicio contable).

La reserva por siniestros ocurridos y no reportados es una reserva técnica que corresponde al pasivo que se produce cuando los siniestros que ocurren en un determinado año, por diversas causas no son reclamados en el mismo, sino en años posteriores, con la consecuente obligación que debe reconocerse en estado financieros.

Teniendo en cuenta que el cálculo de la reserva técnica de los siniestros pendientes de declarar tendrá en cuenta el periodo medio de comunicación de un siniestro en la experiencia siniestral de nuestra cartera, será importante establecer mecanismo para permitir que la fecha de la declaración del siniestro sea lo más próximo al de la ocurrencia del riesgo. Trataremos este punto en el capítulo 5.2.4.

La comunicación del siniestro se convierte en el primer contacto entre el beneficiario y el centro de tramitación de siniestros por lo que será importante cuidar esa situación siendo ágiles en la apertura del siniestro y comunicando claramente al cliente los próximos pasos.

Vale decir que la apertura del siniestro se podría producir sin la previa comunicación del siniestro por parte del beneficiario. El **artículo 16 de la LCS** prevé que la propia aseguradora pueda conocer por otros medios la ocurrencia del siniestro “ (...) *Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.*”

Junto con la comunicación del siniestro, el beneficiario deberá facilitar a la aseguradora toda la información acerca de las circunstancias y consecuencias del siniestro para que de ese modo el centro de siniestros pueda definir la documentación necesaria a aportar y próximas acciones para atender el pago del siniestro.

3.1.2. Obtención de la documentación necesaria para la valoración

Conocidas las causas y efectos del siniestro, la aseguradora, mediante el canal de contacto o metodología que tenga definida, solicitará al cliente la documentación necesaria para poder proceder a la valoración del siniestro.

En un primer momento, y normalmente a la vez que el beneficiario comunica el siniestro, se le solicitará la documentación necesaria y se establecerán a su vez los procedimientos oportunos para seguir reclamando la documentación hasta su total obtención.

Si la causa del siniestro es el fallecimiento del asegurado, habitualmente se requerirá la siguiente documentación:

- Certificado Civil de Defunción.
- Certificado Médico de Defunción donde consten los motivos del deceso.
- Historia clínica del asegurado indicando antecedentes de interés, fecha de origen, evolución y tratamientos de la causa del fallecimiento.
- Si el fallecimiento es por accidente, y no por enfermedad, se solicitarán las diligencias judiciales o atestado policial, informe de Autopsia y, si es el caso, Informe del Instituto Nacional de Toxicología.

Si la causa del siniestro es la invalidez del asegurado, se requerirá normalmente la documentación que a continuación se enumera:

- Resolución del INSS o, en su defecto, sentencia judicial donde se reconoce la Invalidez Absoluta y Permanente de la Seguridad Social.
- Dictamen propuesta de Resolución del INSS donde se solicita se le reconozca la Incapacidad Absoluta y Permanente.
- Historia clínica del asegurado indicando la fecha de origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- o Informe de altas y bajas de incapacidad laboral transitoria solicitadas ante la Seguridad Social.

En el caso de que el asegurado no estuviera sometido al régimen de la seguridad social y por lo tanto no pudiera acceder a obtener la resolución de incapacidad del INSS, (caso de personal no activo, o extranjero, etc.), se deberán establecer los criterios para poder determinar si la enfermedad sería condición para poder obtener el grado de invalidez permanente y absoluta.

Adicionalmente e independientemente de que se trate de un siniestro por fallecimiento de asegurado o por invalidez, el tramitador deberá obtener copia de la póliza contratada y copia de la declaración de salud y en su caso de las pruebas médicas que el asegurado realizó al contratar el seguro. Esta documentación será esencial para la fase de valoración del siniestro

3.1.3. Valoración de cobertura

Quizás sea este el momento más importante en el proceso de gestión de siniestros por lo que dedicaremos mayor tiempo en analizar las consideraciones que deberemos tener en cuenta a lo largo de esta fase.

Sin duda el objetivo en la gestión de siniestros debe ser el satisfacer las necesidades del cliente y proceder por lo tanto a la aceptación del siniestro, pero no deberemos olvidar el producto que estamos gestionando el cual podría contemplar limitaciones de cobertura específicas que el tramitador deberá conocer, ni olvidar tampoco los mecanismos de prevención de fraude que deberán estar activados a lo largo de toda la fase de valoración a fin de evitar que se pueda

materializar el fraude. (Durante el apartado 3.5. explicaremos con más detalle cómo debe enfocarse la prevención contra el fraude).

A lo largo de la valoración del siniestro el tramitador deberá tener en cuenta no solo los documentos aportados por el beneficiario sino que también todo lo que pueda ayudar a tomar la decisión correcta en cuanto a la procedencia o no de la indemnización. La decisión final deberá estar totalmente soportada por la documentación e información que obra en el expediente del siniestro.

Me dedicará a continuación a enumerar y a explicar que aspectos son los más importantes y que no le podrán pasar por alto el tramitador a lo largo de esta fase:

Análisis de las coberturas que ofrece la póliza: El tramitador deberá revisar las garantías principales y complementarias que aparecen enumeradas en la póliza que suscribió el asegurado para con ello concluir si la consecuencia del siniestro puede estar cubierta o no. Por ejemplo, si la póliza contempla como garantía complementaria la invalidez permanente y absoluta y la consecuencia del siniestro es una invalidez total, no existirá cobertura y por lo tanto se deberá proceder a la anulación del siniestro por no haberse producido el riesgo. O por ejemplo si la póliza contempla que cobrará doble capital por accidente en caso de fallecimiento, si se concluye que la muerte realmente lo ha sido por accidente, el tramitador deberá considerarlo de cara a establecer el importe objeto de indemnización.

Análisis de las limitaciones o exclusiones del contrato: Será muy importante revisar que limitaciones de cobertura aceptó el cliente en el momento de la contratación. Si la causa del siniestro fuera una de las contempladas en el capítulo de exclusiones del contrato la indemnización podría ser denegada (**Art. 91 LCS** *“En el seguro para caso de muerte el asegurador sólo se libera de su obligación si el fallecimiento del asegurado tiene lugar por alguna de las circunstancias expresamente excluidas en la póliza*).

Es importante en este punto tener en cuenta lo que había apuntado en el epígrafe 2.4., acerca de las limitaciones en el contrato. Para que estas se consideren válidas deberán aparecer resaltadas en el contrato y además el asegurado deberá haberlas aceptado expresamente. Así pues, el tramitador deberá obtener copia de la póliza que firmó el asegurado para revisar si cumple con esta condición. De no ser así, difícilmente podremos defender la denegación del pago ante los servicios de reclamaciones u organismo judicial, ya que en ese sentido se pronunciaba la jurisprudencia que se enumeraba en el citado epígrafe.

Hay exclusiones que vienen definidas por la LCS. En el caso de seguros de vida el **artículo 93** establece que *salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado. Lo habitual es que los contratos establezcan como mínimo ese año que la ley determina.*

Análisis de la documentación médica aportada por el beneficiario: En los siniestros de seguros de vida riesgo será necesario solicitar la información médica que concluye la causa del siniestro. Esto es, en el caso de siniestros por fallecimiento del asegurado, la documentación médica que determina la causa de la muerte, y en el caso de siniestros por invalidez del asegurado, la causa por la que le conceden la invalidez.

Adicionalmente se requerirán informes médicos que incorporen los antecedentes médicos del asegurado. Dicha documentación será necesaria para comprobar que el asegurado contestó correctamente a las cuestiones de la declaración de salud y que por lo tanto no existían patologías anteriores que deberían haber sido declaradas en el momento de la contratación.

Si los antecedentes médicos indican que las patologías se produjeron con fecha posterior a la contratación se entenderá que los datos declarados fueron exactos y por lo tanto, salvo que la causa del siniestro fuera alguna de las causas excluidas en la póliza, procedería el pago de la indemnización del siniestro.

En ocasiones la documentación médica puede ser compleja de analizar. Requiere de cierto grado de especialización que normalmente no tiene el tramitador de siniestros, es por ello que puede ser una buena práctica externalizar la parte de análisis de la documentación médica a equipos expertos en esa materia o bien, o en base al volumen, incorporar a una persona con amplios conocimientos médicos en el equipo de tramitación. (La decisión de externalizar o no variará en base a los volúmenes gestionados y al coste de ambas opciones, entre otras).

El análisis de la documentación médica nos ayudará también a poder determinar si la causa de la muerte o de la invalidez tiene relación directa con antecedentes preexistentes a la contratación no declarados. Este punto es muy importante a tenor de lo contemplado por la doctrina jurisprudencial que concluye que para considerar válida una denegación del siniestro por patología preexistente no declarada es necesario que exista una relación directa entre la causa del fallecimiento y las patologías no declaradas (STS, sala de lo Civil 931/1997). Por ejemplo si un asegurado fallece de cáncer y revisada la documentación médica se observa que tenía enfermedades coronarias previas a la contratación que de haberlas declarado no hubieran permitido la contratación, parte de la jurisprudencia considera que al no guardar relación el cáncer (causa del siniestro), con la patología no declarada (enfermedad cardiovascular), no se podría considerar válida la denegación del siniestro.

Aun y así, hay que considerar cada siniestro de forma individual y factores como la gravedad de los datos no declarados, la diferencia más o menos próxima entre la fecha de contratación y la ocurrencia del siniestros, deberán ser tenidos en cuenta a pesar de que se concluya que no hay una relación directa.

En cualquier caso será necesario que se analice la documentación médica buscando dicha relación entre causas y patologías no declaradas, y ello será complejo si no se dispone de conocimientos médicos suficientes para poder concluirlo, de ahí que resulte imprescindible, sobretodo en caso de denegación

de siniestros, que se disponga de un informe pericial médico que analice esos aspectos.

Revisión del cuestionario de salud y pruebas médicas realizadas durante la contratación: En esta fase será importante revisar que es lo que declaró el asegurado en el cuestionario de salud que formalizó al contratar el seguro a efectos de validar que riesgo declaró. Igual de importantes serán las pruebas médicas o resto de cuestionarios a los que pudo ser sometido antes de la formalización del contrato y todo ello en aras a poder detectar si se pudo producir una inexactitud en la declaración del riesgo por parte del asegurado (por ejemplo si se detecta, de la documentación médica aportada, que el asegurado ya tenía la enfermedad antes de la contratación y sin embargo no indicó nada en el cuestionario).

En este punto será importante tener en cuenta el criterio que sigue la doctrina jurisprudencial acerca de que las preguntas deben ser concretas y sencillas para poder declarar correctamente el riesgo por parte del asegurado, tal y como apuntaba en el epígrafe 2.4.

El tramitador deberá revisar la declaración del tomador y el contenido de las preguntas que se le formularon, sobre todo si la causa del siniestro es una enfermedad previa a la contratación, en ese caso deberá analizar si en el cuestionario las preguntas eran las idóneas para poder declarar el riesgo.

Imaginemos que el asegurado tenía diabetes en el momento de contratar la póliza y el tramitador detecta que en el cuestionario se le preguntaba únicamente ¿Tiene o ha tenido usted cáncer o alguna enfermedad cardiovascular?. Ante esta cuestión, a pesar de que la cirrosis fuera diagnosticada con fecha anterior a la ocurrencia del siniestro, y pongamos que además, de haberla declarada la compañía no habría aceptado el riesgo, no podremos denegar el siniestro por considerar que la pregunta no era correcta para que el tomador pudiera declarar tal enfermedad.

Obtención de los originales de la solicitud del contrato y la declaración de salud firmadas por el tomador: El acceso a la documentación contractual firmada por el tomador en el momento de la contratación, así como de los cuestionarios que firmo será esencial para la valoración y toma de decisión de la cobertura del siniestro. Una denegación difícilmente podríamos defenderla en sede judicial si no disponemos de la documentación firmada en su día.

Será importante que la compañía tenga estrictos protocolos de custodia y archivo de la documentación, y más cuando hay intermediarios durante la contratación, como lo sería el canal bancario, a los cuales podríamos haberles cedido las funciones de custodia y archivo.

Cualquier error o incidencia que se pueda detectar en cuanto a la localización de documentación contractual, deberá ser reportada para poder detectar problemas en el proceso que requieran de subsanación inmediata, para evitar el riesgo operacional que se deriva de la no obtención de la documentación firmada.

Revisión del proceso de contratación de la póliza: En ocasiones será necesario contactar con el mediador, para conocer información que puede ser útil para la valoración como bien puede ser el conocer los motivos por los que pudo contratar la póliza, quienes acudieron a realizar la contratación, como han sido los puntos de contacto entre el beneficiario y la oficina en la fase de reclamación de la documentación.

Análisis de la existencia o no de indicios de fraude: El tramitador a lo largo de esta fase deberá analizar si se dan los indicios que podrían alertarnos de la existencia de un posible fraude. Lo habitual será cumplimentar un “check list” en el que se muestre el resultado de las señales de alerta de posible fraude.

En caso de detectarse indicios, deberá estar definido un protocolo de gestión y análisis que el tramitador deberá seguir (lo explicaremos con más detalle en el apartado de prevención del fraude).

Revisión de los interpretaciones de la doctrina jurisprudencial: En ocasiones será necesario previa a la toma de decisión, y particularmente cuando vaya orientada a una posible denegación del siniestro, conocer como interpretaría la jurisprudencia esa denegación en el caso de recibir una reclamación judicial por parte del cliente. En ese sentido y en línea a lo apuntado en el caso del análisis de documentación médica, es una buena práctica, si no se disponen de amplios conocimientos en el equipo de tramitación, contar con expertos jurídicos que asesoren en la fase de valoración. Ya hemos visto a lo largo de este trabajo, las múltiples interpretaciones que los tribunales realizan entorno a la decisión de la entidad aseguradora. Interpretaciones que necesariamente deberán ser tenidas en cuenta para asegurar que la decisión es la más adecuada en base a las características del siniestro que estamos gestionando.

3.1.4.Toma de decisión

Una vez realizado el análisis y valoración de toda la documentación e información obtenida, dispondremos de los elementos suficientes para poder tomar la decisión más correcta.

Tras el análisis se concluirá que procede:

El Pago de la Indemnización: Si la causa del siniestro es una causa cubierta por el contrato y de la documentación médica se concluye que los datos declarados en el cuestionario médico fueron exactos, se procederá a comunicar al beneficiario la procedencia del pago del siniestro.

Denegar el siniestro: El rehúse del siniestro se realizará cuando existan causas suficientes y argumentadas para poder defenderlo. Una denegación implica un elevado riesgo de recibir reclamación por parte del cliente, incluso por la vía judicial por lo que deberemos asegurar que la decisión fue justa y correcta en base al condicionado firmado por el cliente, los riesgos declarados y su historial médico correctamente validado por experto médico y si fuera necesario por experto jurídico.

Una denegación justa, sobre todo si se produce por una causa excluida en el contrato que fue aceptada expresamente por el asegurado, debería ser una denegación esperada por el beneficiario, por lo que no debería generar queja del cliente. No así cuando no esté basada en criterios objetivos.

La denegación se comunicará al beneficiario por la vía que tengamos establecida. Web, carta, teléfono, etc.

Aplicación de regla de equidad: Esto se traduce en el cálculo del importe de la indemnización partiendo del porcentaje de sobreprima que se hubiera aplicado al tomador si hubiera declarado con exactitud el riesgo. Es decir, imaginemos que el asegurado tenía hipertensión elevada, y colesterol y fallece de un ataque al corazón. La Hipertensión junto con el colesterol son factores de riesgo que pueden causar directamente un infarto, si los factores de riesgo hubieran sido declarados se hubiera aplicado una sobreprima del 100% por ejemplo. Pues bien la aplicación de la regla de equidad implicaría aplicar el mismo porcentaje sobre el importe del capital asegurado a abonar, de forma que el valor resultaría inferior al capital asegurado.

Anular el siniestro: Si se hubiera aperturado por error o por un riesgo no cubierto en el contrato. En este caso el siniestro se anulará pero seguirá vigente el contrato para poder cubrir futuros riesgos si cubiertos.

3.1.5. Pago

Si se concluye que procede el pago del siniestro, el tramitador deberá realizar varias acciones previamente antes de efectuar el abono. De dichas acciones hablaremos a continuación.

- Determinación del capital asegurado e importe de la indemnización. En base a lo contemplado en el contrato, el tramitador deberá revisar cual es el capital asegurado que deberemos abonar. Lo habitual será que en el momento de la apertura del siniestro se provisione el importe de la prestación, pero será importante, antes de materializar el pago, revisar que la provisión sea la correcta en base a lo establecido en las condiciones del contrato.

- Identificación del beneficiario del contrato. La persona que ha comunicado el siniestro no será necesariamente la persona que ostente el derecho a recibir la indemnización. Un punto importante en la tramitación del siniestro será sin duda la identificación del beneficiario del contrato, en especial cuando se trate de beneficiario por fallecimiento del tomador-asegurado del contrato.

Producido el riesgo habrá que atender a la determinación de los derechos de los beneficiarios del seguro de vida y de los derechos sucesorios de los herederos, en función de lo dispuesto en el contrato de seguro, en el testamento y/o

en función de la ley aplicable y especialmente la eventual aplicación de los derechos legitimarios reconocidos por las legislaciones civiles españolas.⁸

La LCS dedica varios artículos a regular el tratamiento del beneficiario del contrato, pero a pesar de dedicarle ese espacio es la figura que mayores problemas genera en la práctica. El tramitador de siniestros deberá tener los conocimientos suficientes y deberá interpretar correctamente la información de la que dispone para poder valorar quién es el titular del derecho, especialmente cuando en el contrato o en una designación posterior utiliza conceptos genéricos para designarlo, como es el caso de la designación del cónyuge, los hijos, herederos legales, etc. La identificación incorrecta del beneficiario nos llevará a un pago erróneo que en ocasiones será difícil de recuperar, produciéndose un riesgo operacional que podríamos haber evitado de haber establecido los criterios de identificación oportunos.

Un punto importante es la separación que la propia norma realiza entre el patrimonio del asegurado y los derechos indemnizatorios derivados de un contrato de seguro. El artículo 88 LCS establece *que El asegurador tiene la obligación de entregar la prestación al beneficiario aun y existir reclamaciones de herederos legítimos y acreedores del tomador del seguro*. Así la norma deja claro que el titular del derecho a la prestación de la suma asegurada, ocurrido el riesgo, es el beneficiario expresamente designado a tal fin en la póliza, y por lo tanto no se integra en el patrimonio del asegurado salvo que *no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación (Art. 84 LCS)*.

Nos detendremos en los próximos apartados en analizar cómo debe determinarse quién es el beneficiario de la póliza de acuerdo con lo recogida en la propia Ley del Contrato de Seguro y en la interpretación que la Doctrina Jurisprudencial o la DGSFP han ido realizando entorno a dicha figura.

Y de que modo deberemos identificar al beneficiario?

En primer lugar será necesario revisar que designación se ha realizado en la póliza o en modificaciones posteriores y solicitar copia de la declaración de herederos y en su caso, copia del último testamento otorgado por el asegurado si éste fuera posterior a la contratación de la póliza. De existir testamento posterior, deberemos revisar si en el mismo se ha incorporado alguna cláusula referente al seguro que modifique la designación que en su día realizó en el contrato.

Tras el análisis de la documentación, el tramitador deberá identificar quién es el beneficiario. Puede ser que el asegurado haya realizado una designación expresa y haya indicado nombre, o documento de identificación o alguna definición que lo identifique claramente no generando dudas, (por ejemplo el cónyuge no separado legalmente). El problema se presenta cuando se realiza una designación genérica como puede ser la de hijos, cónyuge, etc. en este caso

⁸Busto Lago, Jose Manuel – Designación de los beneficiarios en los contratos de seguro de cobertura de Fallecimiento. Revista xurídica galega, ISSN 1132-6433, Nº. 57, 2007, págs. 13-49

los criterios de interpretación deben estar suficientemente claros para el tramitador no olvidando que cada caso deberá ser analizado de forma individual.

En cuanto a la interpretación a realizar cuando se realiza una designación genérica: En este caso estaremos a lo dispuesto en el **artículo 85 de la Ley del Contrato de seguro** y que establece:

“En caso de designación genérica de los hijos de una persona como beneficiarios, se entenderán como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia. Si la designación se hace en favor de los herederos del tomador, del asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado. La designación del cónyuge como beneficiario atribuirá tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado. Los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.”

A pesar de que dicho artículo recoja quién deberá considerarse beneficiario en caso de existir tales designaciones genéricas, son numerosas las dudas que se pueden llegar a originar en la gestión del pago e identificación del titular del derecho a la prestación.

Para poder ilustrar alguna de las dudas que nos podrían surgir en la fase de identificación del beneficiario permitidme mostrar un ejemplo en el que veremos que cuestiones se nos pueden plantear ante una casuística concreta y de que modo se debe analizar la situación para poder tomar la decisión correcta acerca del legal titular de los derechos sobre la indemnización.

Imaginemos un seguro de vida riesgo individual con capital asegurado por fallecimiento de 300.000.-€. El tomador, que es la misma persona que el asegurado, designa como beneficiarios por fallecimiento a los hijos del asegurado a partes iguales. Ocurrido el siniestro, el tramitador consulta la designación efectuada y viendo que los beneficiarios son los hijos, solicita copia de la declaración de herederos para poder identificar quiénes son.

Aquí ya se presenta la primera consideración que deberemos tener en cuenta y que requerirá de las validaciones oportunas por parte del tramitador: ¿Que debemos entender por hijos?

Deberán incluirse todos aquéllos cuya filiación esté determinada, con independencia de que se trate de una filiación natural o adoptiva (art. 108 y 176 del CC), incluyendo también a los hijos concebidos y no nacidos y ello por cuanto el art. 29 del CC preceptúa que se les tendrá por nacidos para todos los efectos que les sean favorables siempre que nazcan con las condiciones que prevé el art. 30 del CC (tenga figura humana y viva veinticuatro horas enteramente desprendido del claustro materno, que son requisitos que han de reconducirse al concepto de viabilidad del nacido). También puede considerarse incluido en el concepto y a los efectos que nos ocupan los hijos habidos en virtud de técnicas

*de reproducción asistida o fecundación artificial realizada con posterioridad a la muerte del asegurador si éste dio su legal consentimiento a la utilización de su material reproductor dentro de los doce meses siguientes a su fallecimiento. Españolas.*⁹

Siguiendo el hilo del caso que se plantea, cuando el tramitador accede a la documentación aportada por los posibles beneficiarios en aras a acreditar quienes deben considerarse hijos del asegurado, detecta que el asegurado tenía 4 hijos pero uno de ellos, que a su vez tenía un hijo, había fallecido antes que el asegurado. La duda que aquí se podría plantear gira en torno al tratamiento que debe darse al fallecimiento del hijo premuerto. ¿Acrece al resto de hijos la parte de la prestación que le correspondía haber recibido a aquel?, ¿O bien genera un derecho a favor de los beneficiarios del hijo premuerto cuando la designación habla únicamente de hijos? (Recordad que el **artículo 85 de la Ley del Contrato de Seguro** establece que *en caso de designación genérica de los hijos de una persona como beneficiarios, se entenderán como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia*, pero también indica en su **artículo 86** que *“la parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás”*).

Resulta importante en este punto y vista la problemática que se plantea y la dificultad para poder definir que tratamiento debemos darle al hijo premuerto, tener en cuenta que en la medida en que el artículo 85, LCS, utiliza conceptos técnicos propios del derecho de sucesiones, será necesario acudir a las normas de esta disciplina para realizar una correcta interpretación del mismo¹⁰. Así, para poder construir la decisión correcta en el caso que nos ocupa, deberíamos tener en cuenta el derecho de representación definido en el Código Civil (arts. 814.3, y 924.929) y que constituye el derecho que tienen los descendientes de una persona para sucederle en todos los derechos que tendría si viviera o hubiera podido heredar.

Se tratará de valorar pues, si corresponde o no, en el caso de premoriencia de un de los hijos, aplicar el derecho de representación antes mencionado y en consecuencia abonar la parte de la indemnización que le hubiera correspondido al hijo premuerto a sus descendientes.

Múltiples son las interpretaciones doctrinales que se han elaborado en relación a esta casuística, pero comparto la reflexión que, tras el análisis de las distintas interpretaciones, realiza Carmen Callejo Rodríguez en su estudio “Notas de Derecho Sucesorio sobre el Seguro de Vida para el Caso de muerte”.

La autora apunta que cuando el artículo 85 está considerando, al referirse a la designación genérica de hijos, a todos sus descendientes con derecho a herencia, es precisamente porque está pensando en cómo deberá tratarse la premoriencia de alguno de los hijos, correspondiendo el derecho a suceder a sus descendientes. Y por lo tanto no será de aplicación en estos casos el dere-

⁹ Busto Lago, Jose Manuel, “ Designación de los beneficiarios en los contratos de seguro de cobertura de fallecimiento”.

¹⁰ Callejo Rodríguez, Carmen, “ Notas de Derecho Sucesorio sobre el Seguro de Vida para el caso de muerte”.

cho de acrecimiento al que hace referencia el antes mencionado artículo 86 LCS.

Así pues, tras analizar las distintas opciones y para el caso ejemplo que nos ocupa, al considerar finalmente que aplica en este caso el derecho de representación y por lo tanto se genera un derecho a la prestación a favor de los descendientes del hijo premuerto, el tramitador deberá abonar la indemnización, por partes iguales, a los tres hijos vivos a la fecha de fallecimiento del asegurado así como al hijo del beneficiario premuerto (nieta del asegurado).

La conclusión a la que podemos llegar es que el correcto análisis de la documentación, la normativa y la doctrina, nos permite tomar una decisión justificada que servirá para defender la actuación ante cualquier reclamación que puedan formular los que acrediten ostentar derechos sobre la prestación. Es habitual que ante casos así se pueda llegar a plantear un conflicto entre los posibles beneficiarios que deje intuir una posible reclamación incluso judicial, dirigida a la compañía, de ahí que sea importante justificar la decisión final y argumentarla caso de que llegara una reclamación formal.

Las dudas que se pueden derivar de la designación genérica de los hijos son tan solo una pequeña parte de la multiplicidad de cuestiones que se pueden llegar a plantear a lo largo de la fase de identificación del beneficiario. Ciertamente es que las que mayor conflicto generan son las que se derivan, como hemos ido indicando, de la utilización de las cláusulas de designación genéricas de beneficiario, como por ejemplo cuando se designa el cónyuge y a fecha de fallecimiento el asegurado se encontraba en situación de separación legal, o los conflictos que se pueden derivar en caso de discrepancias entre los herederos legales definidos en el testamento del causante con respecto a los beneficiarios designados en el contrato.

El objetivo al mostrar este ejemplo de análisis del legal titular del derecho a la indemnización no es otro que el de dar a entender la complejidad que supone la determinación del beneficiario correcto para el pago y de la necesidad de poder dotar al tramitador, en la definición del proceso de gestión del siniestro, de directrices suficientes como para poder llegar a valorar y analizar estos puntos con cierta seguridad y celeridad a la vez, ya sea por él mismo o con el soporte de los expertos jurídicos a los que deberemos acudir cuando los casos sean más complejos. Y todo ello en aras a reducir el riesgo operacional que se podría derivar de un error en la identificación del beneficiario con derecho a la prestación tal y como hemos ido apuntando.

En casos en que a pesar del análisis, resulte complicado identificar el beneficiario (se genera un conflicto entre varias personas que consideran que ostentan el derecho a recibir el abono del siniestro), puede ser una solución el consignar la indemnización ante un notario o en un juzgado.

Identificado el beneficiario del contrato, la aseguradora deberá abonar la prestación correspondiente una vez aplicada la fiscalidad que corresponda y que veremos en el próximo apartado. Únicamente hay una excepción bajo la cual no será posible el pago de la prestación al beneficiario y que el tramitador de-

berá tener en cuenta, se trata del supuesto recogido en el artículo 92 LCS, el cual dice *“La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador.”* Así, en el supuesto de que el beneficiario haya provocado dolosamente la muerte del asegurado, no podrá percibir la prestación asegurada.

Adicionalmente y antes de proceder al pago, el beneficiario deberá aportar la documentación que lo identifique, así como el justificante de titularidad bancaria para poder proceder al abono.

- Aplicación de la fiscalidad correspondiente al pago: Tras determinar el importe de la prestación y el beneficiario con derecho a la prestación, el tramitador deberá asegurar que se aplica la fiscalidad que corresponda en base a las particularidades del pago a realizar. Tal y como apuntaba en el epígrafe 2.6., la compañía es responsable subsidiaria del pago de las retenciones por lo que deberá garantizar que se calcula y aplica correctamente. En el caso de tributación por ISD (prestación por fallecimiento), será muy importante revisar que el beneficiario ha liquidado correctamente los impuestos, únicamente si acreditan el pago del impuesto, se podrá proceder al abono de la prestación.

Junto con el pago lo habitual será remitir un finiquito al beneficiario con el detalle del pago efectuado.

3.1.6. Conclusión del siniestro

Tras los pasos previos identificados, el tramitador podrá proceder a realizar el pago del siniestro y con ello podrá concluir el expediente. No pasará lo mismo cuando se haya denegado el siniestro. El **artículo 23 de la LCS** indica que *las acciones que deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco si el asegurado es de personas*. En base a ello, el beneficiario tendrá hasta 5 años para poder exigir el pago, esto significa que si se ha producido la denegación del pago no podremos liberar la reserva hasta que no haya transcurrido ese plazo. Los 5 años se empezarán a computar a partir de la fecha en la que se realizó la última acción en el siniestro.

3.2. Acciones del beneficiario que obligan a revisar la decisión

Hay determinadas acciones promovidos por el beneficiario que obligan a revisar y analizar la decisión y valoración que se realizó en su día. Básicamente esto sucede cuando el beneficiario interpone una reclamación, ya sea directamente al equipo de siniestros, o al Servicio de Atención al cliente o bien en sede judicial.

La unidad de siniestros deberá tener previsto el protocolo de actuación en estos casos. Lo habitual será analizar los argumentos del reclamante y en base a

lo expuesto revisar el expediente y valorarlo de nuevo. Si la decisión tomada en su día estuvo bien argumentada y justificada, probablemente se dará respuesta en el sentido de ratificar dicha decisión.

El cambio de criterio se debería producir en pocas ocasiones, de lo contrario evidenciaría un problema en la fase de valoración y toma de decisión, ya que como se explicó, la decisión debería contar con los argumentos necesarios para poder defenderla en caso que llegara cualquier reclamación.

Si la reclamación se efectúa en sede judicial debería pasar exactamente lo mismo, se supone que en la fase de valoración se han considerado los criterios que ha ido marcando la doctrina jurisprudencial, por lo que igualmente sería defendible entonces nuestra decisión ante el organismo judicial, no obstante, y teniendo en cuenta que en ocasiones los expedientes judiciales se pueden demorar muchos años, será recomendable analizar si conviene llegar a un acuerdo entre las partes para cerrar lo antes posible ese asunto o bien se sigue defendiendo la postura de la compañía. Aquí será importante la opinión y recomendaciones que dará la persona encargada de llevar la defensa (experto jurídico interno o externo de la compañía).

3.3. El tratamiento de la protección de datos en la documentación del siniestro

En tanto que la documentación e información que se analiza durante la tramitación de un siniestro de vida contiene datos personales y datos médicos de los asegurados, clasificados como altamente confidenciales, deberemos aplicar las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de la normativa vigente para la protección de datos.

No me extenderé demasiado en este apartado pero si me gustaría remarcar la necesidad de dotar a los tramitadores de la formación suficiente acerca de cómo deberán clasificar la información y en base a ella gestionarla, conociendo en cada caso que política de archivo y custodia deberán seguir, y que requisitos deberá cumplir por ejemplo el envío de cierta información a un abogado externo encargado de la defensa de un litigio al que deberemos facilitarle documentación para el análisis del caso.

Las medidas de seguridad requeridas por el Reglamento se clasifican en tres niveles diferentes, dependiendo de la naturaleza de la información tratada y del grado de necesidad de garantizar la confidencialidad e integridad de la información. Los ficheros considerados de nivel alto son aquellos que contienen datos relativos a la salud entre otros, por lo que deberá garantizarse a lo largo de todo el proceso de siniestros que se cumple con el nivel alto de tratamiento de la información.

Actualmente la normativa aplicable en materia de protección de datos es la **Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD)**, y **RD 994/1999**, por el que se aprobó el Reglamento que establece las medidas de seguridad que deben cumplir los ficheros automati-

zados que contengan datos de carácter personal. Pero el 25 de mayo también entró en vigor el nuevo **Reglamento Europeo de Protección de datos, GDPR (General Data Protection Regulation)** que al tratarse de un reglamento europeo prevalecerá sobre la normativa española en cualquier situación que pueda existir una contradicción. Las entidades dispondrán hasta el 25 de mayo de 2018 para adaptarse a los requerimientos de dicha nueva regulación, por lo que será necesario analizar que modificaciones deberán incorporarse en relación a la gestión de la documentación e información del siniestro.

Muy importante será también conocer que firmó en su día el asegurado en lo que corresponde a la cesión de datos o utilización de sus datos a fines comerciales, o ver que firmaron los beneficiarios (que en ocasiones no son clientes de la entidad) cuando nos facilitaron sus datos de contacto para la tramitación del siniestro también en lo que refiere a la cesión de datos y a la utilización de ellos para fines comerciales. Disponer de esta información nos resultará necesaria si pretendemos realizar alguna gestión concreta una vez concluido el siniestro en aras a la captación del cliente por ejemplo.

3.4. El perfil del tramitador de siniestros

La gestión de siniestros, como supongo se habrá podido ir concluyendo a lo largo de los epígrafes desarrollados durante este trabajo, es un proceso que requiere de la necesidad de disponer de un elevado número de capacidades por parte del tramitador del siniestro, debido al múltiple abanico de conocimientos que requiere: médicos, jurídicos, servicio al cliente, fiscalidad, etc. Una visión global del negocio permitirá además al tramitador realizar un análisis de la gestión del siniestro orientado a la mejora continua de la compañía.

Es por ello que la selección del perfil adecuado de tramitador será clave para poder disponer de una plantilla óptima para la correcta gestión de los siniestros. *Glarus Ibérica* (empresa dedicada a la gestión de siniestros), define de forma muy acertada en su web, como debe ser ese perfil:

(...) La tramitación y gestión de siniestros es una función que conlleva el despliegue de un elevado número de conocimientos, habilidades y capacidades por parte del profesional que trabaja en este ámbito del seguro.

*Cuando se discute en los foros especializados sobre cómo debe ser el perfil ideal de un tramitador de siniestros, existe una práctica unanimidad sobre la necesidad de **conocimientos y habilidades técnicas** (hard skills). Está claro que el profesional del siniestro tiene que conocer y tener experiencia en áreas como seguros, legislación, procedimientos, tecnología e, incluso a veces, medicina, electricidad y otras muchas cuestiones técnicas que están relacionadas con las carteras en las que interviene.*

Esto es absolutamente necesario y juega un papel fundamental en la eficacia de la función. Sin embargo, ¿es suficiente con un conocimiento técnico de estas materias para que un área de siniestros funcione bien?. La respuesta es no.

*El trabajo de un tramitador de siniestros implica relacionarse con personas y gestionar muchas tareas al mismo tiempo, todo ello en un entorno permanente de cambio. Los conocimientos técnicos no aseguran un óptimo desempeño en este contexto. **Son necesarias otra serie de habilidades y capacidades que, junto con la técnica, el profesional del siniestro ha de desarrollar.** Se trata de habilidades que, muchas veces, son descuidadas en las organizaciones y cuyo impacto sobre el resultado puede ser mucho mayor que la capacidad técnica. Son las conocidas como habilidades blandas (soft skills).*

*De entre estas, por su importancia en el desempeño dentro de la función de siniestros, **destacamos las siguientes:***

- **Escucha activa:** Gestionar y tramitar siniestros implica escuchar a muchas personas, especialmente al asegurado. A través de la escucha se consiguen dos efectos positivos:

El cliente se siente importante lo que le predispone positivamente hacia la conversación, aumentando su grado de satisfacción y facilitando el proceso de tramitación.

La información que el cliente expone es necesaria para poder tramitar adecuadamente. Todo lo que un cliente, un perito, un reparador u otras figuras cuentan servirá para que el tramitador optimice su trabajo.

- **Empatía e inteligencia emocional:** El momento del siniestro es un momento de estrés y, muchas veces, de enfado para el asegurado. Normalmente el siniestro va asociado a algo poco positivo en la vida del asegurado. En la medida que el tramitador sepa ponerse en el lugar del cliente, comprendiendo la situación y su estado emocional, podrá abordar con mayor eficacia las distintas situaciones. Ponerse en el lugar de la otra persona favorece enormemente el proceso de comunicación.
- **Asertividad:** Al margen del estado emocional, el tramitador ha de ser capaz de comunicar al cliente las cosas como son, de una manera no ofensiva.

Un siniestro no se puede aceptar por quedar bien o rechazar “de malas maneras” con el cliente. Se trata de decir en cada momento lo que hay que decir, independientemente de que guste o no, pero de forma no ofensiva.

- **Autocontrol emocional:** *El tramitador habla a diario con un buen número de personas, de muchos estilos y con problemas muy diferentes. Muchos asegurados hablan mucho, otros hablan mucho y mal, otros llegan incluso a insultar. Hay casos de todo tipo. Para poder gestionar con la mayor eficacia cada una de las situaciones es necesario que el tramitador desarrolle paciencia y que entienda que los ataques que, en ocasiones recibe, no son algo personal. Además, resulta necesario desarrollar la **resiliencia**, o capacidad de sobreponerse cuando el estado de ánimo baja. La función de siniestros va muy ligada al conflicto y tiene un coste emocional muy elevado que es necesario manejar.*
- **Gestión del tiempo:** *Son muchos los expedientes, las tareas, las figuras, los datos y las fases de proceso involucradas en el trabajo de siniestros. De una adecuada priorización depende el resultado y la eficacia del trabajo. Desarrollar la capacidad de priorización, el manejo de las distracciones o la seguridad en la toma de decisiones son cuestiones a potenciar en el tramitador en este sentido.*
- **Adaptación al cambio:** *El entorno de un tramitador de siniestros es dinámico. Cambian los procedimientos, la legislación, los criterios, los compañeros, los profesionales externos, los jefes. Lo que en un momento funciona, en otro deja de hacerlo. Lo único que no cambia es el propio cambio. Dentro de este entorno, el tramitador habrá de desarrollar la capacidad de adaptación para saber aprovechar las mejores opciones de cada momento.¹¹*

Sin duda, todas y cada una de las habilidades identificadas, sumada a los conocimientos técnicos que también serán muy importantes, serán necesarias para que el tramitador pueda enfocar una correcta tramitación del expediente y más en el ramo de vida, considerando que, salvo en las invalideces, el beneficiario será una persona que habrá sufrido la pérdida de alguien querido y que lo que pretende es que cualquier trámite se realice lo más rápido posible y sin que le genere mayores quebraderos de cabeza.

¹¹ GLARUS IBERICA, septiembre del 2014.

<https://glarusiberica.wordpress.com/2014/09/03/se-mucho-tecnicamente-es-suficiente-esto-para-ser-un-tramitador-de-siniestros-de-exito>

Las llamadas habilidades blandas (soft skills), permitirán al tramitador enfocar con éxito conversaciones complejas y delicadas que deberá llevar a cabo a la vez que las capacidades técnicas le ayudarán a poder tomar la decisión correcta en relación a la aceptación o denegación del siniestro.

En la medida en que las capacidades enumeradas son tan relevantes para la correcta tramitación, será necesario poner a disposición del equipo de tramitación, formación continua que le permita ir desarrollando dichas capacidades en aras a poder ofrecer un mejor servicio y una correcta gestión del siniestro.

Tal y como hemos apuntado en algún apartado a lo largo de este trabajo, será importante definir si conviene que ciertas gestiones, por el nivel de conocimiento técnico que requieren, puede resultar más rentable y seguro asignarlas a un grupo concreto de trabajadores (los que tengan mayor experiencia) o externalizar la función a equipos de expertos en dicha materia, como por ejemplo la revisión y análisis de documentación médica por personal médico experto o el análisis jurídico por juristas expertos en la materia. Este punto lo trataré con algo más de detalle en el punto 5.2.6.

3.5. Prevención del fraude

Fraude es por definición “cualquier acto intencionado de engañar o falsificar para obtener una ganancia o beneficio personal”. Hablaremos de fraude externo cuando se produzcan actos delictivos y fraudulentos cometidos contra la compañía y/o sus clientes por particulares/empresas ajenos a la compañía, y hablaremos de fraude interno cuando se comete por empleados o mediadores de la compañía.

Fraude Interno: Donald R. Cressey con su Teoría del Triángulo del Fraude analiza los factores que influyen en la comisión del fraude interno:

¹²*El triángulo del fraude es un modelo para explicar los factores que hacen que una persona llegue a cometer fraude laboral. Consta de tres componentes que, juntos llevan a un comportamiento fraudulento.*

1. La percepción de la necesidad económica, situación no compartible con otros:

El primero de los elementos del triángulo del fraude representa la presión. Esto es lo que motiva el delito en primer lugar. El sujeto tiene algunos problemas financieros que no es capaz de resolver por medios legítimos, así que empieza a considerar el llevar a cabo un acto ilegal, como robar efectivo o falsificar los estados contables, como una forma de resolver su problema. El problema financiero puede ser personal (por ejemplo: demasiadas deudas personales) o profesional (por ejemplo: su trabajo o negocio están en peligro).

¹² ACFE – Association of Certified Fraud Examiners <http://www.acfe-spain.com/recursos-contrafraude/que-es-el-fraude/triangulo-del-fraude>.

Algunos ejemplos de situaciones de presión comunes que conducen a las personas a cometer un fraude incluyen:

- *Imposibilidad de pagar las facturas.*
- *Adicción a las drogas o el juego.*
- *Necesidad de alcanzar unas ganancias para mantener a los inversores.*
- *Necesidad de alcanzar unos objetivos de productividad.*
- *Deseos de tener un estatus de vida superior, con una casa más grande un coche más bonito, etc..*
- *“Solo estoy tomando prestado el dinero”*
- *“Me lo deben porque me lo merezco”*
- *“Es porque mi familia lo necesita”*
- *“No me pagan lo suficiente para el trabajo que hago”*

2. Oportunidad percibida

La segunda pata del triángulo del fraude es la oportunidad percibida, la cual define el método por el cual se cometerá el ilícito. La persona debe ver alguna forma por la cual puede usar (abusar) su posición de confianza para resolver sus problemas financieros con una baja percepción del riesgo de ser descubierto.

Es también crítico que el que comete el fraude sea capaz de resolver su problema en secreto. Mucha gente comete fraudes, delitos de guante blanco, para mantener su estatus social. De hecho, robarían para resolver un problema con las drogas, pagar deudas, o adquirir coches o casas. Si un perpetrador de fraude es “pescado” manipulando o falsificando información financiera, esto dañará su estatus tanto como los problemas subyacentes que estaba tratando de conciliar. Por lo tanto el defraudador, no sólo será capaz de robar fondos, también tiene que ser capaz de hacerlo de tal forma que no pueda ser cogido y que el delito en sí mismo no pueda ser detectado.

3. Racionalización

La tercera pata del triángulo del fraude es la Racionalización. La mayoría de las personas que comenten un fraude es la primera vez que lo hacen y no tienen un pasado como delincuentes. Son personas que se ven a si mismos como normales, personas honestas a las que les han sobrevenido una serie de situaciones. Consecuentemente, el defraudador deberá justificar sus actos de una forma que sean aceptables o justificables.

Las racionalizaciones que normalmente se hace una persona que comete un fraude son:

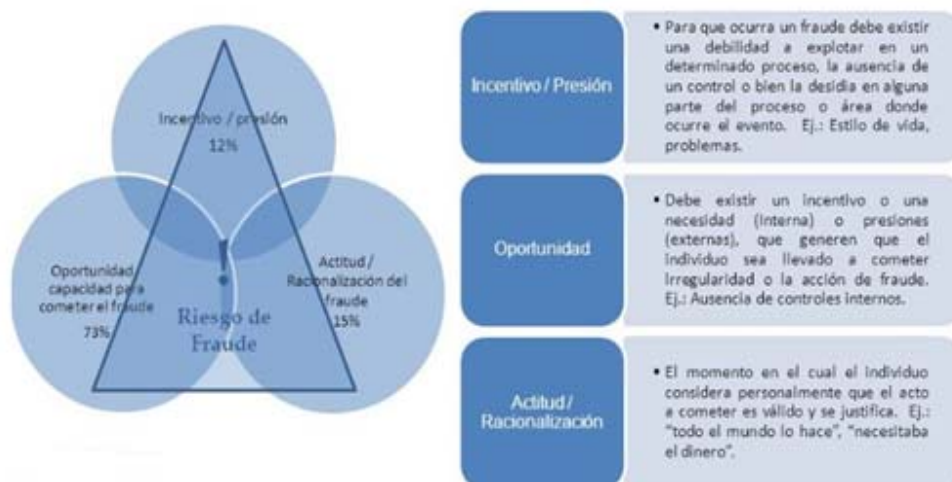
- *“Solo estoy tomando prestado el dinero”*
- *“Me lo deben porque me lo merezco”*

- “Es porque mi familia lo necesita”
- “No me pagan lo suficiente para el trabajo que hago”

El triángulo del fraude se originó a partir de la hipótesis de Donald Cressey:

“Las personas de confianza se convierten en violadores de confianza” cuando se conciben a sí mismos teniendo un problema financiero que no es compartible, son conscientes de que este problema puede ser resuelto en secreto violando la posición de confianza financiera que tienen, y son capaces de aplicar a su propia conducta en esa situación, verbalizaciones que les permitan ajustar sus concepciones de sí mismos como personas de confianza, con sus concepciones de sí mismos como usuarios de los fondos o propiedades encomendadas”.¹³

Figura 8: Teoría del Triángulo del Fraude



Fuente: Donald R. Cressey

Será necesario que el proceso de gestión de siniestros cuente con los mecanismos de control suficientes para poder evitar que ocurra fraude por parte del tramitador de siniestros en la gestión del pago de la indemnización.

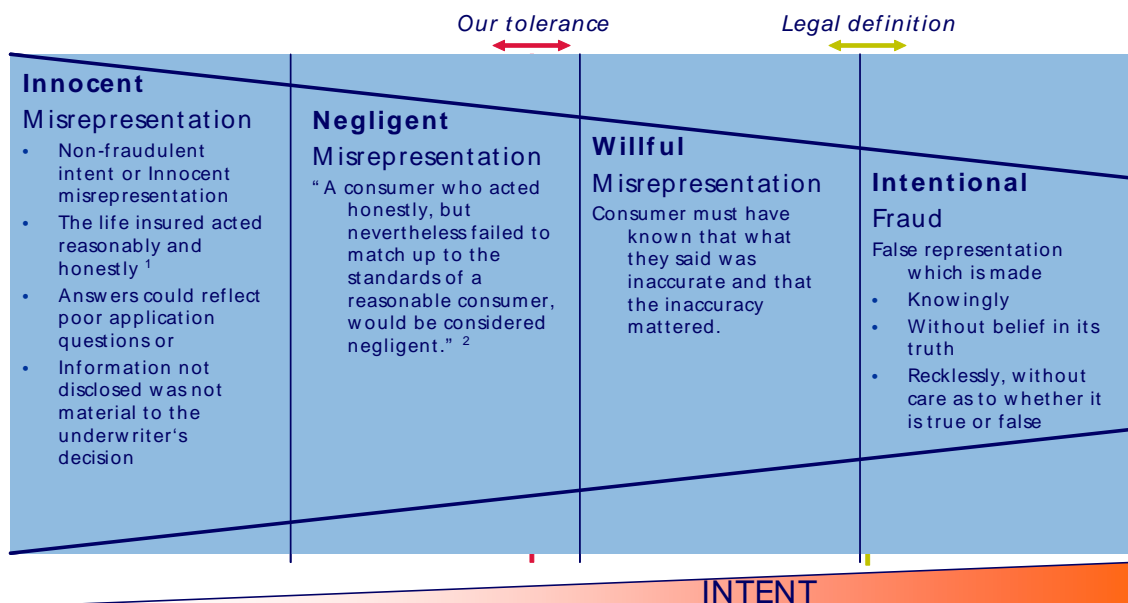
Fraude Externo

La intencionalidad es la que nos determinará si existe fraude o no. Existen diferentes niveles de intención:

¹³ ACFE – Association of Certified Fraud Examiners <http://www.acfe-spain.com/recursos-contra-fraude/que-es-el-fraude/triangulo-del-fraude>.

- ✓ Falsificación Inocente
- ✓ Falsificación Negligente
- ✓ Falsificación Deliberada
- ✓ Fraude intencionado

Figura 9: niveles de intencionalidad en el fraude.



Fuente: Unidad Global de Siniestros de Zurich Insurance Company.

El proceso de gestión de siniestros deberá establecer las medidas y pautas para detectar las falsificaciones deliberadas y el fraude intencionado. Una cuestión importante al analizar las magnitudes del fraude al seguro es la eficiencia que tienen las medidas que adoptan las entidades para combatirlo. Un informe recién publicado por ICEA y titulado *El fraude en el seguro español. (Año 2016)*, muestra cómo, por cada euro invertido en investigar casos sospechosos, las aseguradoras logran evitar el pago de 34,70 euros en indemnizaciones indebidas¹⁴.

En 2016 se concluye un incremento de los intentos de fraude externo en el ramo de vida, situándose en la 3ª posición de los ramos con mayor número de casos detectados, (en dos de cada 100 ocasiones existe engaño en la reclamación que recibe la entidad aseguradora). Si miramos por importe reclamado, el ramo de vida se sitúa en quinta posición siendo además uno de los ramos que ha experimentado crecimiento con respecto al 2015.

¹⁴ UNESPA, XXIII Concurso sectorial de detección de fraude, 20 abril de 2017 <http://www.unespa.es/notasdeprensa/aumentan-intentos-enganos-en-lineas-seguros-particulares/>.

A continuación se muestran dos tablas con el porcentaje de casos e importe según ramo y con la comparativa entre los ejercicios 2.05 y 2.016.

Figura 10: Impacto del fraude por número de percances declarados. En % sobre el total de problemas resueltos.

	2015	2016
Autos Responsabilidad Civil Daños Corporales	5,35%	6,01%
Autos Responsabilidad Civil Daños Materiales	1,80%	1,31%
Autos Robo	3,79%	4,30%
Autos resto de garantías	0,39%	0,17%
Multirriesgo hogar	0,68%	0,74%
Multirriesgo comunidad	0,62%	0,64%
Multirriesgos comercio	1,04%	0,80%
Multirriesgo industrial	0,74%	0,82%
Otros ramos diversos	0,35%	0,52%
Transportes	0,40%	0,51%
Responsabilidad Civil	1,00%	1,01%
Decesos	0,60%	1,48%
Accidentes	0,55%	0,63%
Seguro de vida	0,86%	1,99%
Seguro de salud	0,43%	0,10%
Subsidios	0,77%	1,50%
Asistencia	0,01%	0,00%
Protección de pagos	0,01%	0,20%

Fuente: UNESPA

Fuente: UNESPA

Figura 11: Impacto del fraude por importes reclamados. En % sobre las prestaciones e indemnizaciones pagadas.

	2015	2016
Autos Responsabilidad Civil Daños Corporales	6,31%	6,19%
Autos Responsabilidad Civil Daños Materiales	2,60%	2,06%
Autos Robo	6,61%	5,03%
Autos resto de garantías	0,90%	0,43%
Multirriesgo hogar	2,04%	1,91%
Multirriesgo comunidad	2,21%	2,04%
Multirriesgos comercio	4,95%	2,28%
Multirriesgo industrial	3,35%	2,49%
Otros ramos diversos	1,13%	1,75%
Transportes	3,95%	2,16%
Crédito		
Responsabilidad Civil	5,45%	4,67%
Decesos	0,47%	1,17%
Accidentes	2,55%	2,22%
Seguro de vida	2,52%	2,69%
Seguro de salud	0,50%	0,23%
Subsidios	1,71%	2,84%
Asistencia	0,02%	0,00%
Protección de pagos	0,02%	0,25%

Fuente: UNESPA

A pesar de que los porcentajes no son muy elevados sigue siendo importante seguir con la prevención y detección del fraude para evitar q vayan aumentando como está pasando en el ramo de vida.

Será útil, para poder explicar mejor de qué modo las compañías pueden prevenir el fraude en seguros de vida, partir de un ejemplo de fraude detectado que fue además seleccionado como ganador del ramo de seguros personales del último concurso ICEA de fraude. *"Un individuo fallece en un viaje a Paraguay a causa de una caída en el baño. Tras la investigación se descubre que tiene varias pólizas de vida, que padecía un cáncer de pulmón en avanzado estado y que tenía importantes deudas. Pero además se da la circunstancia de que el fallecido jamás estuvo en el hospital donde se suponía que había muerto, que el certificado forense era falso y que, de hecho, no hay constancia de que entrara ni saliera nunca de Paraguay."*¹⁵

En el ejemplo, el hecho de que el asegurado falleciera en un país extranjero fue seguramente la alerta que motivó el inicio de la investigación a la aseguradora, y quizás también la documentación médica y certificado de defunción facilitado que pudo evidenciar signos de falsedad.

La Asociación Internacional de siniestros (ICA), formada por entidades aseguradoras de distintos países confecciona una recopilación de indicadores de fraude o "Red Flags" potenciales siendo el resultado 270 indicadores de fraude divididos en 22 tipologías distintas. Será misión del área de siniestros definir, las alertas que mejor se adapten al negocio en base a la tipología de productos que se gestionan, para acotar así el análisis para la detección del fraude.

Un ejemplo de esos indicadores para el ramo de vida riesgo sería:

- Ocurrencia del siniestro en el extranjero.
- Persona extranjera que contrata un seguro al poco tiempo de residir en España y al poco tiempo se produce el siniestro.
- Modificación de capitales o de beneficiario poco tiempo antes de la ocurrencia del siniestro
- Ocurrencia del siniestro muy poco después de la contratación
- Documentación contradictoria
- Documentación no oficial
- Omisión de datos relevantes en la Declaración de Salud
- Nerviosismo o amenazas ante la reclamación de documentación
- (...)

El análisis de estos indicadores y la selección de los más oportunos para el negocio que gestionamos serán claves para enfocar con éxito la detección del fraude. El tramitador deberá analizar durante toda la fase de valoración del siniestro todos los indicadores que puedan ser relevantes, y compartir con el resto de compañeros de equipo o con el mando, las dudas que le surjan. Incluso

¹⁵ CONCURSO Icea Seguros Personales. 2014

en ocasiones puede resultar oportuno contactar con otras aseguradoras del sector para detectar por ejemplo si el asegurado pudo contratar varias pólizas con el ánimo de obtener un mayor beneficio con el siniestro.

En mi poca experiencia, en la mayor parte de casos lo que se acaba detectando, tras analizar siniestros con indicios de fraude, es que existía una falsificación deliberada, es decir, el cliente por ejemplo siendo conocedor de las patologías que tenía, no lo declara en el cuestionario de salud de forma voluntaria. Siendo menor por el contrario, los casos en que se llega a demostrar un fraude intencionado.

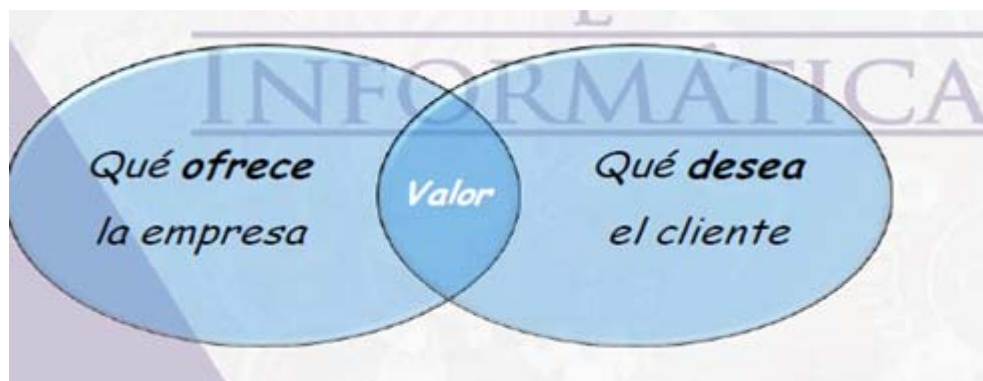
La mitigación del riesgo de fraude interno o externo únicamente será posible estableciendo mecanismos de control de los procesos estrictos y adecuados. Cuando menor sea el control mayor será el riesgo de materialización del fraude.

4. Como crear valor para el cliente mediante el proceso de gestión de siniestros

El objetivo de todo cliente cuando contrata un seguro de vida riesgo no es nada más que el de recibir, bien sea él o el beneficiario que designó, y una vez se produzca la contingencia, la contraprestación económica pactada en el contrato. No obstante, el pago por parte de la aseguradora no será la acción que determinará la satisfacción del cliente en relación al servicio prestado, en los casos en que se deniegue el siniestro, el cliente puede quedar igualmente satisfecho si la comunicación de los motivos se hace de forma rápida y transparente por lo que todos y cada uno de los puntos de contacto y gestiones realizadas durante la vida de la póliza y en especial durante la tramitación cuando ocurre el siniestro (la hora de la verdad para el cliente) serán tenidos en cuenta por el beneficiario. En definitiva, la suma de todas las percepciones del cliente en cada uno de los momentos en que interacciona con la organización es lo que formará su percepción final.

Por todo ello es necesario que nuestro proceso de gestión tenga claramente definido el modo de actuación e interacción con el cliente durante las distintas fases en la gestión del siniestro de manera que cada una de ellas aporte valor al cliente. Tal y como define Jacques Horivitz, en su libro “Los siete secretos del servicio al cliente”, los clientes reciben valor cuando los beneficios que obtiene de un producto o servicio exceden al coste de adquirirlos o usarlos.¹⁶ Si gestionamos únicamente teniendo en consideración que si pagamos el cliente ya estará satisfecho no estaremos generando ningún valor, puesto que esa ya es de por sí la prestación esperada en la contratación. Es necesario incorporar elementos diferenciadores y destacables que hagan que el cliente considere que la gestión va más allá de la expectativa inicial, por tanto recibe valor y en consecuencia valora positivamente su experiencia.

Figura 12: Generación de valor para el cliente



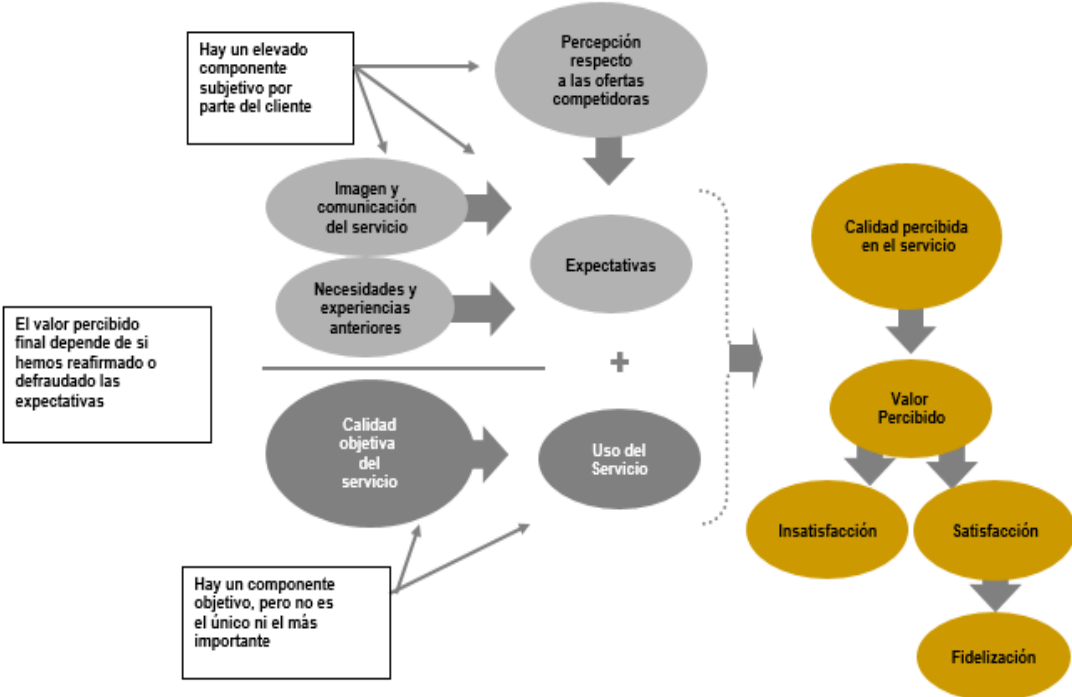
Fuente: Andrew Eaves, 2008

¹⁶ Horovitz, Jacques, “ Los siete secretos del servicio al cliente”, Pearson Educacion, 2000.

Generar valor para el cliente significa dar algo adicional con lo que se sienta realmente agradecido, haber cumplido con lo que se esperaba, lo que necesitaba y lo que quería. Generar valor implica, cuidar cada punto de contacto con el cliente de modo que esté correctamente definido el modo de actuación en cada uno de ellos y que los tramitadores sepan que tendrán que hacer y cómo deberán actuar en cada momento, partiendo de la necesidad de que el contacto con el cliente sea humano, simple y natural y más en lo que corresponde a la tramitación de un siniestro de vida, el cual como hemos ido apuntando, requiere de la necesidad de contactar con beneficiarios que han sufrido la pérdida de un ser querido y que lo que quieren es que la gestión sea rápida y sencilla y que la persona que trate con ellos entienda la situación por la que pueden estar pasando.

En el proceso de creación de la percepción final del cliente intervendrán factores subjetivos (percepción del cliente, expectativas, comunicación del servicio, experiencias anteriores, etc.) y elementos objetivos (calidad objetiva del servicio, uso del servicio, etc.) la suma de todas esas percepciones conformará su valoración final del servicio y su grado de fidelización.

Figura 13: La calidad en la prestación del Servicio



Fuente: Josep Gendra.

Adicionalmente será importante para poder facilitar la creación de valor, realizar un seguimiento y control adecuado sobre los distintos mecanismos que existen para poder conocer la percepción del cliente en cuanto al servicio prestado y tenerlos en cuenta constantemente para poder seguir innovando y mejorando el proceso .

Para poder controlar esos niveles de satisfacción podremos realizar seguimiento de las quejas y reclamaciones formuladas formal o informalmente por el asegurado, o estudios / encuestas realizadas directamente por la compañía o el sector, dirigidas a medir la satisfacción del cliente y a identificar la opinión del cliente del servicio de tramitación de siniestros.

A lo largo de este apartado se analizarán las principales causas y motivos de queja del cliente así como las valoraciones del servicio de siniestros de las que dispongamos, para con ello poder identificar que acciones será necesario realizar sobre nuestro proceso para contribuir a una mejor percepción del servicio prestado y con ello crear valor para el cliente y conseguir su fidelización o captación en su caso. Y todo ello sin olvidar las características y elementos fundamentales del contrato y del proceso de gestión de siniestros que hemos ido explicando a lo largo de este trabajo.

4.1. Análisis de los motivos de reclamación del cliente en relación a la gestión de siniestros

Uno de los principales puntos a controlar por cualquier entidad para poder medir el índice de satisfacción del cliente es el volumen de reclamaciones que se reciben. Un correcto análisis y seguimiento de los motivos que las originan nos permitirá detectar problemáticas que impiden que el cliente pueda valorar positivamente su experiencia y con ello identificar las necesidades de mejora que deberemos incorporar en nuestro proceso de gestión.

El cliente canaliza las quejas y reclamaciones en gran medida a través del Servicio de Atención al Cliente o de la DGSFP, pero existen otras vías que también deberemos tener en cuenta en el control del servicio, como son la vía judicial o las reclamaciones que directamente realiza el cliente a los Contact Centers o a las distintas áreas de tramitación de la compañía, o bien a través de redes sociales o canales de comunicación, que aunque no son tan habituales no dejan de ser tan o más importantes que los canales tradicionales debido al impacto mediático que puede generar una reclamación por esas vías. En cualquier caso, sea cual sea la vía mediante la que el cliente formule la reclamación, la compañía deberá establecer los medios y controles oportunos para poder identificar cuando el cliente está reportando una incidencia en el servicio, medir correctamente el volumen y analizar la causa origen de la reclamación y poder con ello tomar las acciones oportunas al respecto.

Según la última memoria publicada del servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros en relación al ejercicio 2015, del total de reclamaciones de seguros presentadas, el 11,16% correspondían al Ramo de Vida .

A continuación se muestran los datos en relación al porcentaje de reclamaciones según el ramo así como el resumen de las causas que originaron las reclamaciones en el caso concreto del Ramo de Vida.

Figura 14: Reclamaciones de Seguros presentadas en 2015 por ramos o agrupación de ramos

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2015	% S/TOTAL 2015	TOTAL 2014	% SOBRE TOTAL 2014	DIFERENCIA 2015-2014
Multirisgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2.516	36,89	2.552	35,82	-36
Enfermedad	820	12,02	974	13,67	-154
Vehículos	807	11,83	789	11,08	18
Vida	761	11,16	824	11,57	-63
Defensa jurídica	552	8,09	564	7,92	-12
Decesos	363	5,32	347	4,87	16
Responsabilidad civil general	317	4,65	332	4,66	-15
Perdidas pecuniarias diversas	271	3,97	333	4,67	-62
Accidentes	252	3,69	275	3,86	-23
Asistencia	162	2,38	134	1,88	28
TOTAL	6.821	100,00	7.124	100	-303

Fuente: DGSFP

Figura 15: Reclamaciones de Seguros resueltas en 2015 atendiendo a la materia objeto de reclamación

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	158	27,62
Solicitud y proposición de contrato	132	23,08
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	63	11,01
Impago de la prima	47	8,22
Declaración del riesgo al firmar el contrato	36	6,29
Información sobre la póliza	34	5,94
Regulación del beneficiario	17	2,97
Modificaciones del contrato	15	2,62
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	2,45
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	8	1,40
Prescripción	5	0,87
Otras materias	43	7,53
TOTAL	572	12,37

Fuente: DGSFP

Es cierto que 572 reclamaciones suponen un volumen poco importante si lo comparamos con el volumen de pólizas de vida formalizadas en 2015 pero no hay que olvidar, tal y como apuntábamos al inicio de este apartado, que la reclamación formal es una vía de formulación de la reclamación y en muchas ocasiones es la segunda opción tras una reclamación previa dirigida a la compañía que no fue atendida y resuelta. Si obtuviéramos datos de las quejas internas que se realizan estaríamos hablando de volúmenes superiores pero seguramente de las mismas tipologías de causa origen.

Entrando en detalle de las causas más comunes que pueden motivar una queja del cliente, y centrándonos en las que pueden guardar relación con el proceso de gestión de siniestros en productos de vida riesgo, podríamos concluir que las causas más comunes son:

Divergencia en la aplicación de la interpretación de la póliza

Dicha causa de reclamación supone en lo que respecta al total de las causas de reclamación que se dirigen al SAC o DGSFP el 27,62%. Pero es también la causa más habitual de las quejas que se reciben por el resto de vías para efectuar una reclamación.

Son muchas las ocasiones en las que el asegurado manifiesta no tener constancia por ejemplo de una exclusión de cobertura establecida en la póliza o de una limitación de cobertura, que pueden ser causa de denegación de la prestación, ello conlleva la disconformidad del cliente y un número importante de reclamaciones dirigidas en ese sentido y que además suelen prosperar de forma favorable al cliente si no se cumplen los requisitos que la DGSFP o los tribunales han venido estableciendo en sus distintas resoluciones y consultas, resultando injustificada la denegación del pago que la compañía haya podido acordar.

Es esencial para reducir las quejas del cliente que, de acuerdo a lo que ya apuntábamos en el apartado 2.4 de este trabajo, que las cláusulas se redacten de forma clara y precisa (**art. 3 de la Ley del Contrato de Seguro**), utilizando un lenguaje que sea sencillo, transparente y directo y que no pueda inducir a error al cliente y por lo tanto le lleve a interpretar correctamente el contrato y entender los motivos por los que por ejemplo se deniega un siniestro.

Existen resoluciones de la DGSFP y sentencias judiciales que apuntan claramente a la indefensión que genera para el cliente la poca claridad en la redacción de las cláusulas del contrato así como el modo en cómo se incorporan en ocasiones las cláusulas limitativas en el contrato. Recordad que para que se consideren válidas, éstas deben aparecer resaltadas y expresamente firmadas por el cliente para que puedan tener validez ya que únicamente de ese modo se podría asegurar que el cliente fue consciente de su contenido.

Es importante puntualizar que únicamente con mejorar la redacción de las cláusulas del contrato no garantizamos que el cliente no reclame por divergencias en la interpretación de las condiciones de la póliza, es importante que en el proceso de contratación el cliente reciba un asesoramiento adecuado por parte

del mediador que lo comercializa, o por parte del personal que pueda atender alguna consulta del asegurado en relación a la pólizas, siendo de vital importancia que se trasladen tanto los beneficios como las limitaciones y exclusiones del producto de forma que el asegurado tengan pleno conocimiento del tipo de producto que está contratando. En ese sentido la formación de los mediadores, y empleados que puedan tener interacción con el cliente debe ser óptima en cuanto al conocimiento del producto y adicionalmente la información comercial que se facilite y la documentación previa que se entrega al cliente antes de la contratación debe ser también clara y transparente.

Declaración del Riesgo al firmar el contrato

Las reclamaciones derivadas de la declaración del riesgo en el momento de la contratación suponen el 6,29% del total de las reclamaciones recibidas. En este caso la queja puede venir por la denegación de la contratación debido a los riesgos declarados en el cuestionario, o bien por la denegación del pago del siniestro debido a la inexactitud de los riesgos declarados en el cuestionario.

En este caso y si nos centramos en la queja derivada de la denegación de pago por inexactitud en la declaración, deberemos tener en cuenta la idoneidad del cuestionario para valorar si la reclamación está bien fundamentada o no. Recordad que si las preguntas del cuestionario no fueron correctamente formuladas o no fueron lo suficientemente precisas como para permitir que el tomador declarara correctamente el riesgo difícilmente la defensa de la actuación de la compañía podrá ser favorable.

Será también importante revisar si el cliente firmó la declaración y contestó directamente el cuestionario o no. Ambos puntos serán esenciales para argumentar que debería haber declarado determinada patología.

Regulación del beneficiario

Este motivo supone un volumen del 2,97%. Ya apuntábamos en el capítulo 3.1.5., los problemas que supone la determinación del beneficiario del contrato.

Recibir una reclamación por este motivo puede estar fundamentada por no haber procedido al pago debido a la falta de determinación del beneficiario o bien porque hayamos abonado la prestación a un beneficiario erróneo. En este último caso, si fuera cierto que ha habido un error, la compañía estará obligada a abonar el pago al beneficiario legal, y deberá realizar las gestiones oportunas en aras a intentar recuperar el abono indebido, gestión que resulta compleja en muchas ocasiones.

Impago de la indemnización

Las quejas por el impago del siniestro suponen el 2,45% del total de quejas recibidas.

Los motivos del impago pueden ser varios. Por no haber aportado la documentación suficiente para la valoración del siniestro, por denegación, por prescripción, etc.

Estas reclamaciones prosperaran si el motivo del impago no está correctamente fundamentado, como lo sería en el caso de aplicación de cláusulas limitativas nos firmadas expresamente, o cuando se dispone de suficiente documentación para valorar el siniestro y si embargo el centro insiste en obtener más documentación.

Si mantenemos criterios estrictos en la denegación de siniestros las alegaciones a facilitar ante este tipo de reclamaciones debería ser sencilla.

Prescripción (0,87%)

De acuerdo a lo previsto en el **art. 23 de la LCS** *las acciones que deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco si el asegurado es de personas.*

Las quejas recibidas con origen en la prescripción de la acción de reclamación de la indemnización únicamente prosperaran si se ha denegado el pago por prescripción sin que hayan pasado esos 5 años, o bien si habiendo transcurrido ese plazo desde la fecha de ocurrencia del siniestro, el beneficiario hubiera llevado a cabo alguna acción que hubiera paralizado el cómputo.

Por ejemplo en el caso de un siniestro ocurrido en enero del 2012 la prescripción de la acción se produciría en enero del 2017, sin embargo si el cliente hubiera enviado una carta a la compañía reclamando el pago en enero de 2015, esta acción paraliza el cómputo y vuelve a iniciar, por lo que la prescripción se entenderá que se podrá hacer efectiva a partir de enero del 2020.

Será necesario, llevar un estricto control de los momentos de contacto entre el beneficiario y la compañía para poder hacer efectiva la prescripción en los plazos correctos.

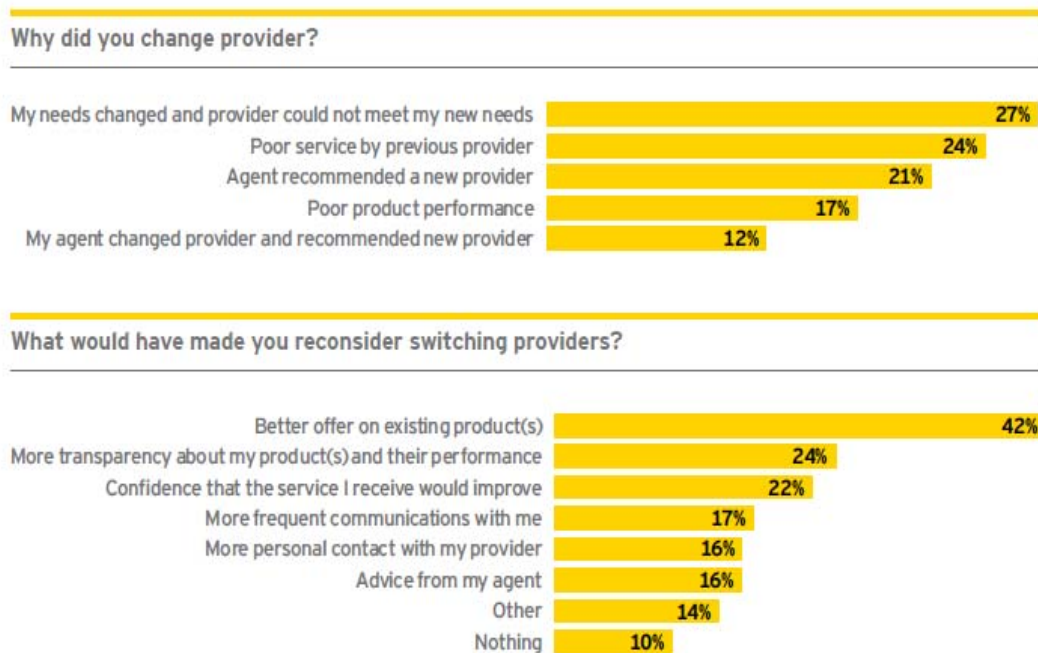
4.2. Voice of customer en la gestión de siniestros

El análisis de las reclamaciones y quejas del cliente sea cual sea la vía de entrada será importante para poder identificar problemáticas en nuestro proceso de gestión de siniestros, pero con el seguimiento de las reclamaciones no será suficiente para poder identificar las mejoras que nos ayudarán a ofrecer una buena experiencia al cliente. Para poder detectar todos los puntos de mejora será necesario además hablar con el cliente y preguntarle cómo ha sido su experiencia con nosotros en cada una de las fases de tramitación, cómo se ha sentido, cómo valora las acciones realizadas, etc.

Como se desprende del estudio realizado sobre el sector de seguros por Ernst & Young, el servicio prestado y el contacto y la comunicación entre el cliente y

la compañía son uno de los aspectos que más influye en la satisfacción del cliente.

Figura 16: Aspectos que más influyen en la satisfacción del cliente



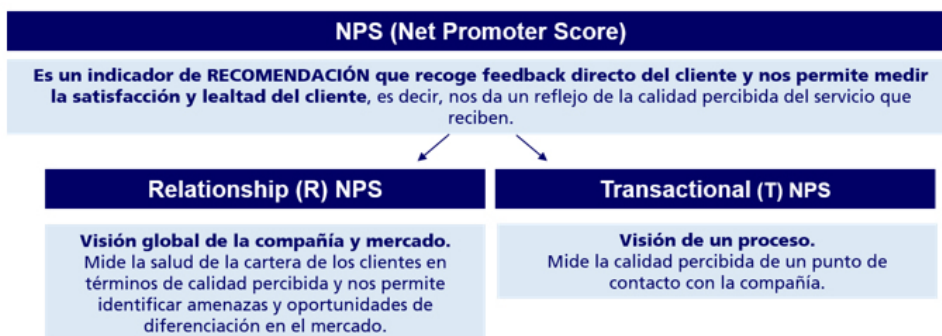
Fuente: Ernst & Young Voice of the customer

Definir indicadores e incorporar en el día a día de la tramitación técnicas que nos ayuden a medir la experiencia del cliente será esencial para poder mejorar el servicio durante el proceso de tramitación del siniestro.

¿Y Cómo obtenemos información acerca del nivel de satisfacción del cliente / beneficiario?

Existen varias técnicas para poder medir y mejorar la experiencia del cliente. En este trabajo me centraré El Net Promoter Score (TNPS) el cual consiste en un indicador de recomendación que nos permitirá medir la satisfacción y lealtad del cliente.

Figura 17: Aspectos que más influyen en la satisfacción del cliente



Fuente: Zurich Insurance Company

Mediante esta técnica y en concreto mediante el Transactional Net Promoter Score, podremos ver como el cliente valora la gestión del proceso de siniestros. Mediante este programa podríamos lanzar la pregunta “Recomendaría la compañía a un familiar o amigo? una vez concluido el siniestro.

Figura 18: Transactional Net Promoter Score

1. ¿Qué tan probable es que recomiendes esta empresa a tus amigos o colegas?

NADA PROBABLE						MUY PROBABLE				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

El resultado sería una valoración del 1 al 10, en función de la puntuación clasificaríamos a los clientes del siguiente modo:



Fuente. BAIN & COMPANY Results March-April 2006: Business strategy brief

- **Detractores** son clientes que otorgaron una puntuación de 0 a 6, que indica descontento con la compañía. Es más probable que disuadan a sus amigos y colegas para que no usen su producto o servicio.
- **Pasivos** son clientes que otorgaron una puntuación de 7 u 8, que indica que es poco probable que recomienden activamente la compañía a otras personas.
- **Promotores** son clientes que otorgaron una puntuación de 9 o 10, y es probable que recomienden activamente la compañía a otras personas.

La puntuación real se calcula sustrayendo el porcentaje de encuestados que son detractores del porcentaje de clientes que son promotores. Los clientes pasivos no se utilizan para hacer el cálculo final. Esto generará una puntuación entre -100 y 100, que es la puntuación Net Promoter Score.

Esta métrica permite que las compañías comparen el número de detractores, que menosprecian activamente la compañía o el producto y que tienen una alta probabilidad de desaparecer, con el número de promotores, que recomiendan activamente la compañía o el producto y que probablemente continúen su relación con la compañía.¹⁷


¹⁷ Jennifer Rowe - Mejores prácticas de NPS: ¿Qué es Net Promoter ScoreSM y cómo me puede ayudar?, Zendesk Support-2017 < <https://support.zendesk.com/hc/es/articles/203759076->

Una vez analizado el resultado, deberíamos conocer con más detalle la opinión de nuestros detractores, por lo que dirigirles una encuesta nos permitirá obtener información acerca de que fase o gestión a lo largo de la tramitación del siniestro ha causado su insatisfacción. En ocasiones no obstante, también puede resultar conveniente escuchar a nuestros promotores para conocer en que basan su buena experiencia.

Y que preguntas serían las más adecuadas para poder medir la experiencia que han tenido nuestros clientes/beneficiarios en la gestión de su siniestro?. Veamos algunos ejemplos de preguntas que nos servirían para poder detectar los puntos de insatisfacción del cliente. Nos será útil para identificarlas detectar todos los momentos de interacción con el cliente en cada una de las fases de gestión de un siniestro.

Figura 19: Modelo de cuestionario satisfacción cliente con la gestión de siniestros

COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO – APERTURA

1. En un inicio donde consultó como comunicar el siniestro? 

- Póliza
- Oficina bancaria
- Internet
- Call center aseguradora

Otro (especifique)

2. Donde obtuvo la información acerca de como comunicar el siniestro 

- Póliza
- Oficina bancaria
- Internet
- call center aseguradora

Otro (especifique)

[Mejores-pr%C3%A1cticas-de-NPS-Qu%C3%A9-es-Net-Promoter-Score-y-c%C3%B3mo-me-puede-ayudar->](#) .

3. Información facilitada acerca de como tramitar el siniestro

- Excelente
- muy buena
- suficiente
- insuficiente
- muy deficiente

4. Sencillez de los pasos necesarios para comunicar el siniestro



ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN PARA VALORACIÓN

5. La documentación solicitada para valorar el siniestro es ...

- CORRECTA
- NECESARIA
- POCO CONCRETA
- CONCRETA
- EXCESIVA
- INNECESARIA

Otro (especifique)

6. Durante la fase de obtención de documentación pendiente para valoración la Compañía o la oficina bancaria

- No ha contactado nunca conmigo
- Ha contactado de forma adecuada
- Ha contactado de forma insistente

Otro (especifique)

7. Si me han solicitado documentación adicional

- He recibido información acerca del motivo por el que se requiere
- No he recibido información acerca del motivo por el que se requiere
- Se ha solicitado por el canal oportuno
- No se ha solicitado por el canal oportuno
- No he recibido información suficiente acerca del motivo por el que se requiere
- Porque(especifique)

FASE DE VALORACIÓN DEL SINIESTRO

8. En general, la información del estado de la tramitación a lo largo de la fase de valoración de la documentación ha sido

- Excelente
- Insuficiente
- Correcto
- Inexistente
- Suficiente


9. La agilidad de lcompañía para la valoración del siniestro ha sido

- Muy rápida
- Lenta
- Rápida
- Muy lenta
- Normal

4-TOMA DE DECISIÓN

10. La comunicación de la decisión ha sido 

- Muy clara
- Clara
- Normal
- Insuficiente
- Porque?

11. En caso de denegación del siniestro, el canal utilizado ha sido 

- muy adecuado
- adecuado
- Insuficiente

porque?

5-PAGO

12. En caso de aceptación del siniestro el pago se ha realizado 

- Correctamente
- En el plazo esperado
- Incorrectamente
- Con demora

13. He sido informado de los trámites para la liquidación de impuestos 

- Sí
- No

También resultará aconsejable preguntar no únicamente acerca de una parte del proceso de gestión sino que del servicio completo prestado. En ese caso serán aconsejables preguntas tipo:

14. Valore del 1 al 5 la duración de la gestión del siniestro



15. Valore del 1 al 5 el personal que le ha atendido



16. En general el canal utilizado durante la gestión del siniestro ha sido



telefónico

sms

en persona

WhatsApp

web (si dispnemos de ella)

correo electrónico

17. Que canal considera más adecuado para la gestión del siniestro



Telefónico

Correo electrónico

en persona

sms

web

WhatsApp

18. Valore del 1 al 5 como ha sido en general el servicio recibido en la gestión del siniestro



Fuente: Elaboración propia

La selección de las preguntas adecuadas, el perfil del cliente, y el momento oportuno para realizarlo serán la clave para obtener el feedback esperado del cliente. Por ello resultará importante definir:

A que clientes se les realizará la encuesta?: Si tenemos correctamente segmentando nuestro perfil de clientes podremos enfocar mejor el tipo de preguntas que debemos realizarles. En nuestro caso, podríamos de entrada hacer una separación de nuestros beneficiarios que resulta importante y es la de dividir a los clientes de los no clientes. Como hemos dicho ya en apartados anteriores, el beneficiario que cobra la prestación por Invalidez habitualmente será el asegurado y por lo tanto sí será cliente nuestro, no así el beneficiario por fallecimiento del asegurado que podría no ser cliente de la compañía lo que obligaría a enfocar de un modo distinto nuestras preguntas.

Cuando se realizará la encuesta?: Podremos optar por realizarla justo al terminar una de las fases. (una vez comunicado el siniestro, o una vez realizado el pago), o bien realizarla en el momento de la conclusión del siniestro. La proximidad entre el servicio prestado y la formulación de la encuesta será esencial para obtener resultados óptimos.

Que preguntas realizaremos: Para la selección adecuada será necesario conocer a que perfil de cliente / beneficiario irá dirigida y sobretodo si queremos preguntar por todo el proceso o únicamente en relación a un momento de contacto.

4.3. Análisis de los resultados y plan de mejora: Customer Journey Map

Un correcto análisis de las quejas y reclamaciones recibidas así como de los resultados obtenidos a través de las encuestas dirigidas a nuestros clientes nos permitirá obtener una visión de la percepción del cliente con respecto al servicio prestado a lo largo del proceso de gestión de siniestros.

Ya sabemos, por lo comentado en el punto 4.1. que motivos originan una queja o reclamación del cliente, supongamos además, que tras realizar las encuestas a nuestros clientes detectamos que, en el caso de clientes a los que se les ha denegado un siniestro por fallecimiento del asegurado, valoran negativamente que :

- La información facilitada a lo largo del proceso de gestión de siniestros.
- La justificación facilitada por la compañía para denegar el siniestro no es adecuada.
- El tiempo de tramitación del siniestro.

Tras obtener las causas que genera la insatisfacción del cliente deberíamos revisar nuestro proceso y determinar que acciones serían necesarias para

poder mejorar su percepción. Este ejercicio será complicado y a la vez insuficiente si no tenemos en cuenta que las necesidades y acciones de mejora a incorporar pueden variar en función del perfil del cliente que tengamos, así que para obtener un buen resultado deberemos tener en cuenta los perfiles de clientes y las sensaciones que éstos pueden tener a lo largo de cada uno de los *touchpoints* (*puntos de contacto entre la compañía y el cliente*). Si adicionalmente analizamos sus **expectativas y demandas**, será más fácil **generar un vínculo** con el usuario que le haga sentir que la empresa se esfuerza por ofrecerle una experiencia positiva¹⁸

Una técnica interesante para poder construir a partir de ella el plan de acción para la mejora del servicio es el **Customer Journey Map**. Se trata de una innovadora herramienta de marketing que sirve para **agregar valor** a cada uno de los procesos por los que pasan los clientes desde que eligen adquirir un bien o servicio hasta que lo consumen. La particularidad de este instrumento es que no se limita al estudio racional de su comportamiento, sino que se centra en los sentimientos del cliente.¹⁹

Mediante el Customer Journey Map, podremos identificar todos los puntos del proceso de gestión de siniestros en los que tendremos interacción con el cliente y analizaremos, en base a la información de la que disponemos (entre ellas los motivos de quejas y reclamaciones y el resultado de las encuestas), como se siente el cliente en cada una de ellas, lo que permitirá poder incorporar cambios en cada uno de esos momentos con mayor éxito.

Que necesitaremos para poder realizar nuestro Customer Journey Map de la gestión de siniestros?. Javier Megías (CEO y Co-fundador de STARTUPXPLORE) en el artículo publicado en su Blog “UN MAPA DE LA EXPERIENCIA DEL CLIENTE: CUSTOMER JOURNEY MAP”, lo explica de forma sencilla:

1- En primer lugar **definir el perfil del cliente**. Si queremos identificar como se sentirá el cliente a lo largo de cada uno de los touchpoints, será necesario detectar con que tipo de clientes nos vamos a encontrar, cuestión necesaria para poder afrontar con éxito la definición de nuestro mapa de experiencia de cliente el cual requerirá probablemente que sea distinto en función del perfil con el que nos encontremos. Mientras más sepamos del cliente más fácil será identificar que expectativas tiene.

Cualquier información de la que disponga para poder segmentar a nuestros clientes será valiosa para poder enfocar con mayor éxito nuestro mapa de experiencia del cliente. Sin duda si disponemos en nuestra organización de Herramientas CRM (Customer Relationship Management) que nos permitan obtener información acerca de nuestros clientes en nuestra organización nos será mucho más sencillo realizar esta segmentación.

¹⁸MADISON, Customer Journey Map, la mejor radiografía del cliente. 2016.
<<http://www.madisonmk.com/es/articulo/customer-journey-map-la-mejor-radiograf-del-cliente>>

¹⁹MADISON, Customer Journey Map, la mejor radiografía del cliente. 2016.
<<http://www.madisonmk.com/es/articulo/customer-journey-map-la-mejor-radiograf-del-cliente>>

2- En segundo lugar comprender **las fases de la relación**. Si necesitamos conocer como se siente el cliente necesitamos conocer como saber primero *desde su punto de vista* que fases comprende la interacción con nuestro producto o servicio. Lo más importante en este punto es olvidar nuestros procesos y comprender las fases que el cliente percibe²⁰

3- **Identificar sus motivaciones** : Que es lo que espera de nosotros, que dudas tiene, que necesita, que quiere.

4- **Identificar los puntos de contacto**. En cada uno de esos puntos de contacto deberemos identificar, como se produce (mail, teléfono, personal, etc.) y que emoción sufre el cliente (positiva, neutral, negativa, etc.)

5- **Evaluar los momentos clave y sus métricas**: puntos en los que el cliente se encuentra perdido, enfadado, o feliz y son puntos determinantes a la hora de que el cliente decida pasar a la siguiente fase

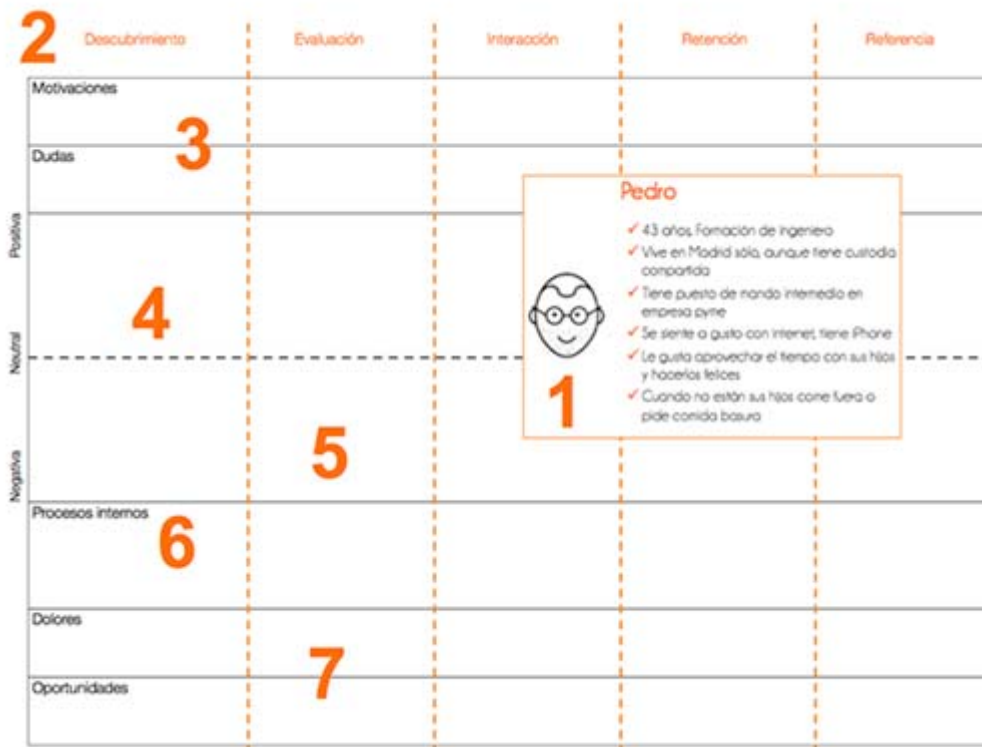
6- **Añadir los procesos internos de nuestra empresa**: el añadir en cada uno de SUS puntos de interacción los procesos internos que sigue nuestra compañía nos puede ayudar a detectar ineficiencias, zonas “grises”, problemas de coordinación...etc.

7- **Entender sus “dolores” e identificar las oportunidades** comprender cómo se siente el cliente en cada momento (*desconcertado, interesado, perdido, cómodo...*)

De acuerdo con estas pautas y teniendo en cuenta toda la información de la que disponemos acerca de la valoración del cliente, las particularidades del producto y del proceso de gestión, podemos construir nuestro Customer Journey Map. Un ejercicio que deberemos realizar en común con los tramitadores de siniestros puesto que si se trata de conseguir una buena experiencia para el cliente que mejor que hacer participar en la construcción de ese mapa a las personas que participarán en la experiencia del cliente.

²⁰ JAVIER MEGIAS. UN MAPA DE LA EXPERIENCIA DEL CLIENTE: CUSTOMER JOURNEY MAP, ABRIL DEL 2013. <http://javiermegias.com/blog/2013/04/customer-journey-map-mapa-experiencia-cliente/>

Figura 20: Modelo Customer Journey Map:



Fuente: Javier Megias

Veamos un ejemplo concreto entorno a la gestión de un siniestro:

Previamente será útil conocer los datos del siniestro y de la póliza que tenía contratada el cliente.

JAVIER

- ✓ Soltero
- ✓ 35 años
- ✓ Tomador y beneficiario de un seguro de vida de la “Aseguradora Tesis”, de capital constante, vinculado a un préstamo hipotecario de importe 200.000.-€
- ✓ Tanto el préstamo como el seguro de vida fueron contratados a través de la entidad bancaria “MASTER”.
- ✓ La beneficiaria del seguro para el supuesto de fallecimiento es la entidad bancaria por las deudas pendientes, y el resto su madre. A fecha de fallecimiento, el capital pendiente de amortizar del préstamo era de 100.000.-€.
- ✓ Fallece el 15 de marzo del 2017 con consecuencia de las lesiones producidas por un accidente mientras volaba en aeroplano. Javier era aficionado a volar en aeroplano.
- ✓ El seguro de vida que contrató tiene como exclusión el fallecimiento producido como consecuencia de los accidentes de aeroplano.

El punto de partida es pues el fallecimiento de una persona joven como consecuencia de una de las situaciones expresamente excluidas en la póliza, Además se da el caso que el asegurado tiene cargas hipotecarias de importe elevado, que no podrán ser cubiertas por la indemnización del seguro, por lo que los herederos legales deberán asumirla.

El beneficiario en caso de estar cubierto el importe de la indemnización del seguro, es la entidad bancaria y su madre por el importe sobrante. Así seguramente la persona de contacto con la que tendremos que relacionarnos será la madre del asegurado fallecido o bien una persona de confianza de la familia que se encargue de realizarle estas gestiones.

Supongamos que la persona que contacta sea directamente su madre. La gestión a realizar por parte del tramitador será conocer el perfil de esta persona para con ello asegurar una gestión orientada al cliente sin olvidar en ningún caso los elementos esenciales que deben tenerse en cuenta a lo largo de la tramitación y de los que ya hemos ido hablando a lo largo de este trabajo.

1- PERFIL DE CLIENTE

MARÍA

- ✓ 67 años
- ✓ Jubilada
- ✓ Profesión que ejercía: Enfermera
- ✓ Viuda desde hace 4 años
- ✓ Vive en Barcelona.
- ✓ Tenía un hijo Javier de 35 años, el cual falleció hace tres semanas como consecuencia de las lesiones producidas por un accidente mientras manejaba un aeroplano.
 - ✓ Es cliente de la entidad bancaria MASTER
 - ✓ Tiene varias rentas vitalicias de importe elevado contratadas con la entidad. Además es propietaria de varias fincas de las que cobra un alquiler de importe considerable.
 - ✓ Su canal habitual de contacto es el directo. Acude normalmente al gestor habitual de su entidad. No maneja en exceso las nuevas tecnologías.

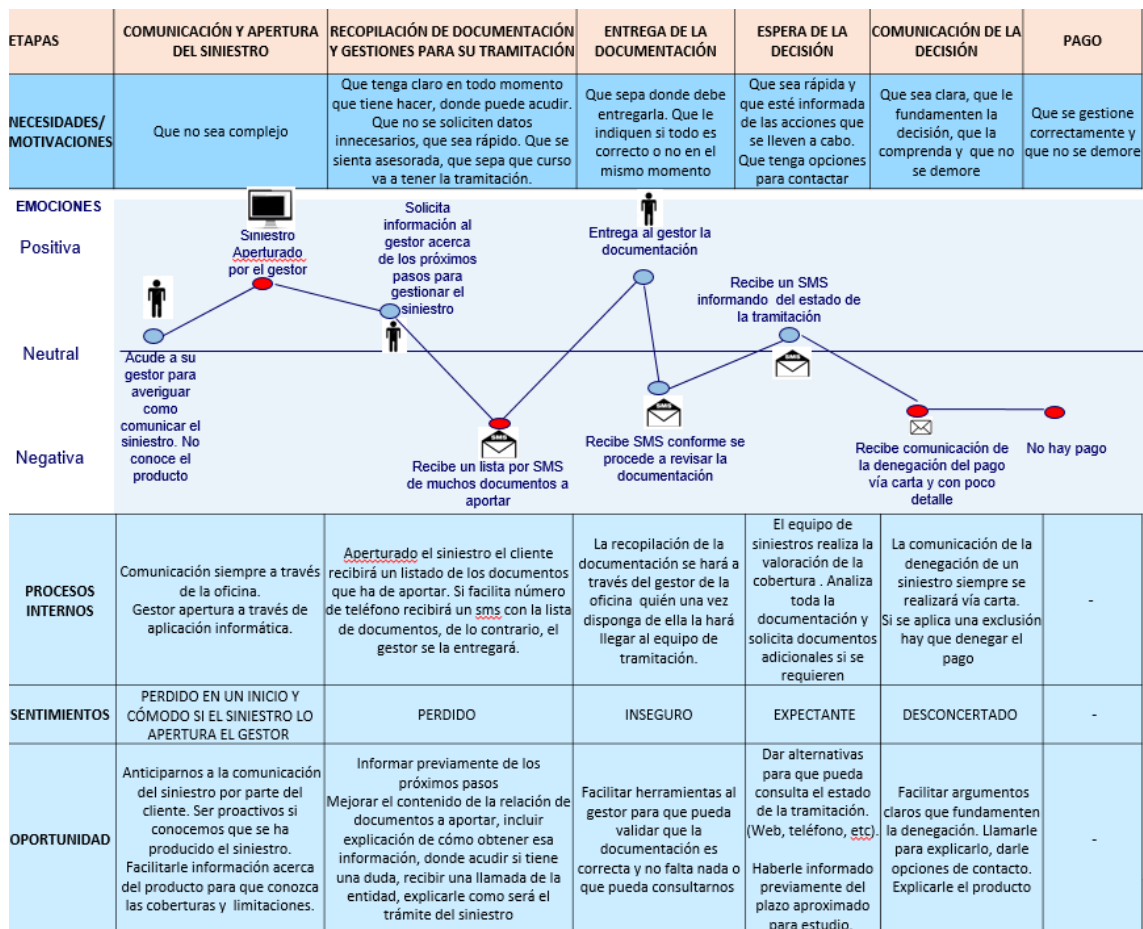
Cuanta más información dispongamos del cliente, más sencillo nos resultará hacernos una idea del perfil de persona con el que trataremos y con ello poder concluir que espera de nuestro servicio.

La información que hemos podido obtener del perfil de María, y la información que tenemos por ahora del producto a gestionar y de las circunstancias del siniestro nos dan algunas pistas acerca de como deberemos enfocar la tramitación del siniestro. De entrada se puede concluir que nos encontramos ante una situación delicada y ante un cliente que requiere de una especial atención y sensibilidad en la gestión atendiendo a las circunstancias en las que se encuentra. Además es una persona que tiene un contacto muy directo con el

gestor de la entidad bancaria que además es la misma con la que su hijo tenía contratado el préstamo y que le contrató el seguro, por lo que en este caso concreto el gestor de la oficina bancaria se convierte también en una persona clave en la experiencia del cliente y por lo tanto deberemos tenerlo en cuenta.

Veamos a continuación como en base a la situación que se plantea y el perfil del cliente construimos su experiencia y tras ella detectar las oportunidades de mejora de nuestro proceso considerando la perspectiva del cliente.

Figura 21: Ejemplo Customer Journey Map



Fuente: elaboración propia

Entrado en detalle del resultado del análisis realizado destaco lo siguiente:

De entrada las etapas no difieren demasiado de las que hemos visto a lo largo del epígrafe 3.1. Su experiencia se inicia con la **comunicación y apertura del siniestro**, hay que tener en cuenta que la beneficiaria no contrató el seguro por lo que a priori no tiene conocimiento de como se gestiona el cobro de la indemnización, ni si está cubierto o no ni donde debe acudir para tramitarlo, hecho que le haga estar algo perdida en un inicio. En el caso que nos ocupa la

beneficiaria acude a su gestor puesto que entiende que él le asesorará acerca de como tramitarlo, y se siente cómoda al ver que el mismo realiza las gestiones para efectuar la apertura del siniestro y comunicación a la compañía, pero hay que tener en cuenta un aspecto importante, es posible que el gestor atendiendo a la relación que tenía con el cliente y el asegurado y las circunstancias del siniestro ya fuera conocedor de que se había producido por lo que una buena práctica en este tipo de situaciones es anticiparnos a la comunicación del siniestro por parte del cliente de ese modo podremos evitar que se genere esa sensación de incerteza. Además el gestor conoce el producto, y el cliente no, es bueno que se lo explique y de algún modo le anticipe lo que puede llegar a ocurrir. Recordad que se trata de una causa de fallecimiento excluida expresamente en el contrato.

Una vez comunicado el siniestro, la segunda etapa consiste en la **recopilación de la documentación y gestiones para su tramitación**. Durante esta etapa el cliente ha solicitado que próximos pasos tendrá que realizar para poder seguir con el trámite, que documentación deberá aportar, como hemos dicho el cliente no conoce como se llevará a cabo la gestión y por lo tanto está perdido. Será importante anticiparnos a estas dudas y dotar en este caso al gestor de la oficina para que pueda ofrecer las explicaciones necesarias acerca de que acciones serán necesarias para que se tramite el siniestro. Entregarle al cliente detalles acerca de los documentos que deberá aportar y modo en como podrá obtenerlos, explicarle el plazo aproximado que podrá requerir la gestión del siniestro, los canales de contacto a los que puede acudir, (en el caso que nos ocupa, el perfil del cliente nos mostraba que no era un persona familiarizada con las nuevas tecnologías por lo que buscará seguramente el contacto directo, telefónico, etc.). Recibir una llamada de la compañía también sera bien percibido por el cliente en este caso, de ese modo reforzamos la gestión que esté llevando a cabo el gestor de la oficina y damos señal de estar dando un mayor soporte y asesoramiento al cliente, teniendo en cuenta que las circunstancias por las que está pasando lo requieren.

Si el cliente ha recibido un correcto asesoramiento a lo largo de esta segunda fase seguramente nos acabe entregando la información y documentación necesaria para que podamos valorar el siniestro, de lo contrario es probable que sea necesario solicitarle nueva información.

El Gestor de la oficina en este caso, deberá también tener claro que documentación se requiere para poder realizar una validación una vez el cliente le haga entrega de ella durante la siguiente fase de **Entrega de la documentación**, y poder detectar si es incompleta sin tener que esperar a que sea la unidad de siniestros la que lo haga. De ese modo generaremos mayor seguridad al cliente.

A lo largo de la etapa de **espera de la decisión** el cliente estará expectante en conocer la decisión por lo que será bueno mantenerle informado acerca del estado del trámite a través del canal que se considere más oportuno para el cliente, llamada, sms, etc. Si además previamente le hemos indicado el tiempo que requerirá la validación, contribuiremos a darle mayor tranquilidad al cliente

durante el tiempo de espera. Respetar los plazos será fundamental para poder generar una buena experiencia.

Finalmente llega una de las etapas de mayor importancia y esta es la de la **comunicación de la decisión**. Se trata del momento de la verdad para el cliente y está claro que le generará un gran desconcierto recibir por parte de la aseguradora una comunicación vía carta de la denegación del siniestro sin grandes explicaciones ni argumentos. Atendiendo a las circunstancias concretas del caso, y considerando que el cliente está pasando por un momento complicado, el proceso de gestión de siniestros debe ser capaz de poder trasladar al cliente las explicaciones oportunas para que pueda entender la decisión. De lo contrario toda denegación generará una mala experiencia en el cliente. Si hemos podido explicar en que consistía el producto que contrató, las limitaciones que éste tenía, el conocimiento que el asegurado tenía de dichas limitaciones, la existencia de un contrato firmado con cláusulas que aun siendo limitativas fueron aceptadas expresamente, no debería existir desconcierto por parte del cliente, al contrario debería tratarse de una decisión esperada y debería valorar positivamente la forma en como se le ha explicado y trasladado, bien sea a través del gestor y mucho mejor si lo hace directamente la aseguradora.

Adicionalmente y tras comunicar la decisión se podrían producir otras interacciones con el cliente. En el caso de una denegación, podría llegar una reclamación sobre todo si la información que se le ha trasladado en relación a dicha denegación no ha sido la correcta. Una reclamación evidencia una mala experiencia en el cliente, por lo que como ya se ha comentado en puntos anteriores, será necesario analizar el contenido de la reclamación para valorar que es lo que la ha motivado y de que modo se podría evitar una reclamación futura ante una situación similar.

Será importante poder identificar este tipo de situaciones y empatizar con las necesidades, motivaciones y expectativas del cliente para poder adaptar nuestros procesos en aras a conseguir su satisfacción con el servicio prestado.

La unidad de siniestros ha de estar dotada de herramientas que le permitan segmentar el perfil de clientes y diferenciar la tipología de siniestros que gestiona, para de ese modo adaptar su proceso a las necesidades o perfiles de clientes sin olvidar los aspectos claves que no deberá pasar por alto. (prevención del fraude, documentación de soporte suficiente para poder tomar una decisión, etc.). Únicamente de ese modo podremos asegurar una buena experiencia para el cliente. Además nos permite detectar el impacto en la experiencia del cliente que puede tener la gestión que lleven a cabo personas que no forman parte del equipo de tramitación del siniestro, como puede ser el empleado bancario que atiende al cliente, los calls centers con los que podría llegar a contactar, etc. Protocolizar los modos de actuación de éstos y facilitarles herramientas de respuesta ante situaciones concretas nos permitirá extender nuestras exigencias de servicio al resto de personas de contacto que podrían influir en la percepción del cliente.

5. Como crear valor para el negocio a través de la gestión de siniestros

Crear valor para el cliente y facilitar con ello una buena experiencia será sin duda uno de los hitos principales del proceso de gestión de siniestros, pero sin duda la tramitación deberá además permitir el cumplimiento de otros objetivos no menos importantes, que permitirán aportar un mayor valor para el negocio.

A lo largo de este epígrafe veremos que espera la compañía del proceso de gestión de siniestros y veremos adicionalmente que elementos serán los más importantes para contribuir a la creación de valor para el negocio.

5.1. Objetivos de la compañía con respecto al resultado de la gestión de siniestros

Una correcta gestión de los siniestros orientada a la prestación de un buen servicio al cliente que asegure además el cumplimiento de las condiciones del contrato será uno de los objetivos principales que la compañía exigirá al área de gestión de siniestros, pero adicionalmente requerirá que el proceso de gestión definido contribuya a un menor impacto en la cuenta de resultados.

Esto se deriva en la necesidad de:

- Incorporar los mecanismos de control necesarios para mitigar los riesgos derivados de la propia tramitación, (Riesgo operacional, reputacional, normativo, etc.).
- Definir un proceso óptimo de prevención y detección del fraude interno y externo, evitando así el pago de siniestros fraudulentos.
- Reducir los gastos de gestión a través de la mejora continua de los procesos orientados a reducir los tiempos y costes de gestión.
- Correcto mantenimiento de las reservas de siniestros.

Adicionalmente será un objetivo importante el poder reportar a las distintas áreas de negocio los resultados y análisis de la gestión que puedan contribuir a la mejora de los productos, los canales de distribución, los procesos de suscripción, etc.

5.2. Los elementos clave para la creación de valor

A continuación se facilitará una visión de los elementos clave para contribuir a la consecución de los objetivos derivados de la gestión de siniestros los cuales permitirán la creación de valor para el negocio. Alguno de ellos ya los hemos ido enumerando a lo largo de este trabajo pero nos centraremos ahora

más en explicar de que modo deberían enfocarse para que el proceso definido derive en un mejor resultado.

5.2.1. Prevención y detección del Fraude

A lo largo del apartado 3.5. he explicado en que consiste el fraude y que instrumentos tenemos para poder detectarlo. Si lo que pretendemos es crear valor para el negocio será necesario que nuestro proceso de gestión de siniestros tenga correctamente definidos los pasos que el tramitador de siniestros deberá realizar para detectar el fraude.

Las técnicas y mecanismos para cometer fraude varían constantemente lo que obligará a las unidades de siniestros a revisar periódicamente sus protocolos de prevención y sus “Red Flags” de detección. De nada servirá mantener activas alertas que generen falsos positivos y peor será si se están pasando por alto alertas que en la actualidad han tomado relevancia con motivo de las nuevas formas de cometer fraude.

Nos ayudará sin duda en la detección del fraude los mecanismos CRM o utilización de herramientas software específicos que permiten alertar de forma automática ciertos indicios. Por ejemplo si un cliente ha cometido fraude con otra tipología de producto que queda fuera del ámbito de seguro de vida, nuestros sistemas, al aperturar el siniestro de vida, deberían poder alertarnos de estas situaciones.

El equipo de tramitación, como responsable máximo de la prevención, debe estar suficientemente formado y debe conocer al detalle los protocolos que debe seguir para la prevención de la materialización del fraude.

Será necesario medir el resultado de nuestro trabajo de prevención y mostrar los capitales que se han liberado de pago gracias al trabajo de control que se ha realizado. La unidad debe marcarse además objetivos de mejora continua en la detección del fraude, tanto en capitales liberados como en mejora de las técnicas para detectarlo. Asimismo deberá establecer un proceso de revisión continua del proceso de detección de modo que puedan realizarse adaptaciones y modificaciones cada vez que se considere necesario en aras a mejorar la detección de los siniestros fraudulentos y deberá realizar controles para asegurar que el equipo de tramitación cumple con el protocolo de detección de fraude.

5.2.2. Revisión y actualización continua del mapa de riesgos

Con el objetivo de identificar los riesgos existentes en el proceso de gestión de siniestros (reputacional, operacional, legal, etc.) será esencial disponer y realizar un correcto mantenimiento y actualización del mapa de riesgos que pueden derivarse de la gestión de siniestros. Este análisis normalmente se trabajará de forma conjunta con las áreas especialistas de Risk Management de la compañía, pero será función de la dirección de la unidad de siniestros y del personal de tramitación llevar a cabo las acciones y ejecución de controles que ayudarán a mitigar los riesgos que se hayan detectado así como la

identificación de nuevos riesgos que puedan aparecer con motivo de la modificación de los procesos de gestión.

Una buena práctica sería en primer lugar disponer de un manual que explique con detalle el proceso de gestión de siniestros en el cual se vayan identificando los riesgos que pueden existir y su categorización en función del impacto (de menor a mayor) y la frecuencia (de menor a mayor), y que defina además el control óptimo que permitirá mitigar el riesgo. La dirección de siniestros deberá asegurar que dicho manual se revise con la periodicidad suficiente y necesaria para permitir que esté completamente actualizado al proceso actual de gestión que sigue la unidad evitando así que se pueda llegar a materializar algún riesgo no identificado como consecuencia de esa falta de actualización.

5.2.3. Interrelación entre las distintas áreas del negocio

El proceso de gestión de siniestros nos desvela información de gran utilidad para la compañía, de ahí la necesidad que exista una correcta interrelación con las distintas áreas. Identificaremos a continuación las más importantes:

Area comercial / Distribución: Con la gestión del siniestro se detectan problemáticas que no son propias de la tramitación del siniestro sino de la fase de venta y comercialización del producto, como por ejemplo la falta de documentación firmada, o la inexactitud en las respuestas a cuestiones de la declaración de salud que hacen referencia a aspectos que pueden ser fácilmente percibidos por el empleado bancario, o la falta de información de las coberturas o exclusiones del contrato, o de las obligaciones de declaración del riesgo para evitar así una denegación del siniestros si éste ocurriera.

El área encargada de supervisar la venta del producto deberá poder trasladar a su red comercial, a partir de los comentarios y resultados reportados por el área de siniestros, los aspectos que no deberían pasar por alto durante el proceso de venta evitando así tener a un cliente insatisfecho si sucede el siniestro y por ejemplo ha de ser denegado por inexactitud en la declaración del riesgo. El mediador ha de poder disponer de herramientas para poder explicar al cliente en que consiste el cuestionario, que obligaciones tiene y que consecuencias podría tener una declaración inexacta del riesgo.

La dirección de siniestros deberá por lo tanto alertar y comunicar las incidencias que detecte durante la gestión del expediente.

Area de suscripción o área técnica: Similar a lo explicado en el punto anterior, la gestión del siniestro puede alertarnos de errores en el proceso de suscripción, como pueden ser sobretodo las preguntas mal formuladas en un cuestionario de salud que impiden poder defender que el cliente tuviera que declarar el riesgo (recordad en este sentido la jurisprudencia del tribunal supremo a la que apuntábamos en el punto 2.4). También nos permite detectar cláusulas en el contrato no redactadas correctamente o que siendo limitativas, no se han resaltado de forma clara. Será necesario reportar todo lo que detectemos en este sentido a estas áreas para que puedan incorporarse las

modificaciones necesarias en la póliza o cuestionarios de modo que permitan al cliente poder declarar riesgos determinados o conocer claramente el alcance de sus coberturas.

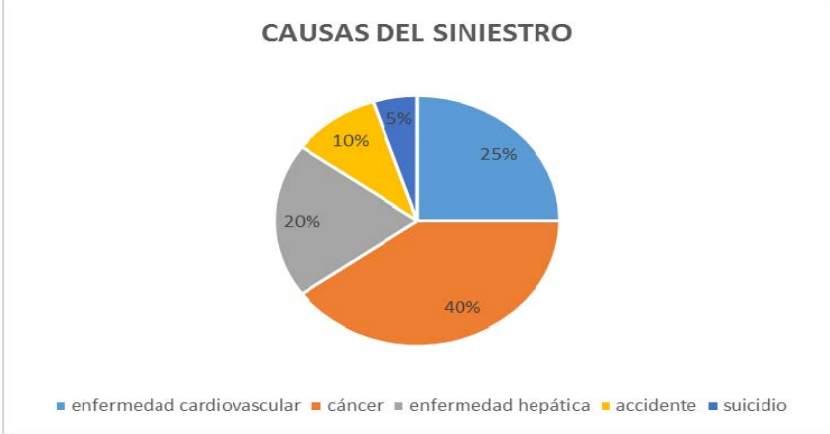
Otro punto importante es la recopilación que el área debe realizar de datos que resultan de gran interés e importancia para la propia gestión de siniestros pero a su vez para las áreas técnicas y de suscripción y el análisis que de esos datos se pueda llegar a realizar, especialmente en lo que refiere a las causas del siniestro, enfermedades, motivos de la denegación de un siniestro, origen y causas de los riesgos preexistentes a la contratación no declarados, reclamaciones recibidas, motivos de la reclamación, etc.

En definitiva se trata de alimentar nuestras bases de datos y sistemas de la información de interés que permitirá poder construir nuestra experiencia siniestral.

Imaginemos por ejemplo que tras el análisis de dichos datos se detecta que en edades de 30 a 40 años hay un porcentaje importante de siniestros provocados por una determinada enfermedad que obligue, una vez detectado, a modificar los cuestionarios de salud a determinado grupo de edad o bien se detecta que en el caso de una determinada enfermedad en muchas ocasiones es preexistente a la declaración lo que podría llegar a mostrar que quizás las preguntas realizadas en el cuestionario de salud no dan pie a poder declarar ese riesgo.

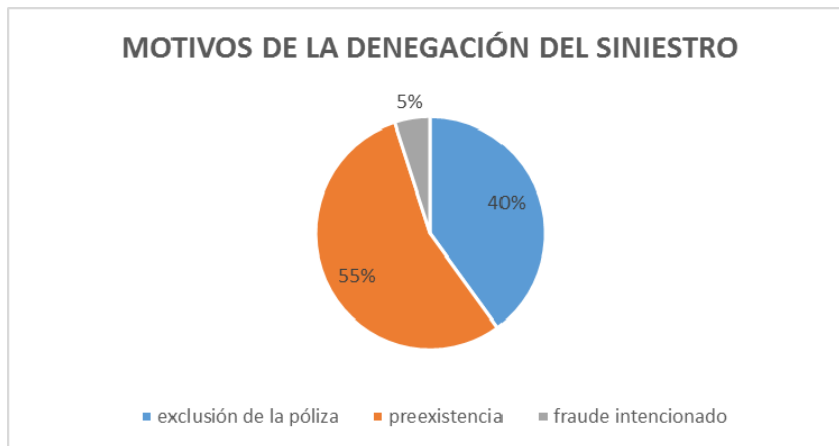
A continuación se muestran algunos ejemplos de la información que se podría obtener gracias al análisis de la información recopilada a lo largo del proceso de tramitación.

Figura 21: gráfico causas que originan el siniestro



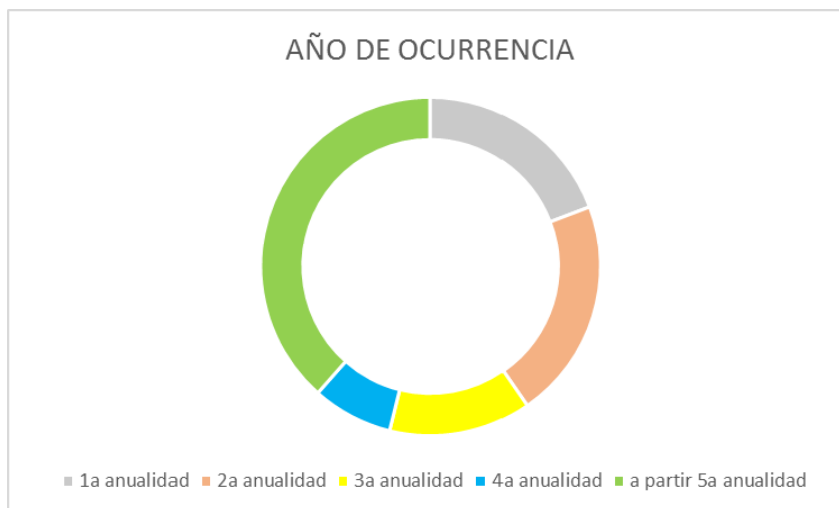
Fuente: Elaboración propia

Figura 22: gráfico causas que originan la denegación de un siniestro



Fuente: elaboración propia

Figura 23: gráfico año de ocurrencia del siniestro



Fuente: elaboración propia

Área financiera: Reportar y trasladar la información relevante de gestión con impacto en resultados será un elemento de interés para las áreas de control y planificación. Será necesario llevar el seguimiento de las provisiones por siniestros aperturados y efectuar comparativas con respecto a períodos anteriores en volumen, importes, capitales medios, etc. este ejercicio nos permitirá detectar desviaciones en la experiencia siniestral e identificar los motivos que puedan haberla motivado. Esta información nos permitirá por ejemplo detectar el crecimiento de provisiones debido al incremento del volumen de siniestros con volumen al crecimiento de la cartera, o bien junto con el análisis de las causas del siniestro poder detectar que el incremento de siniestros vaya ligada a criterios de suscripción.

Área de servicio al cliente: Con las que deberemos compartir los motivos de queja y reclamación de los clientes y trabajar en común para definir por ejemplo las encuestas a trasladar a nuestros clientes para conocer su percepción del

servicio y el resultado de su experiencia a lo largo de la gestión del siniestro y trabajar con ello el plan de acción de mejora del servicio.

Área de gestión de riesgos: Con las que deberemos trabajar para mantener nuestros mapas de riesgos derivados de la gestión de siniestro actualizados de modo que existan los controles necesarios y oportunos para mitigar los riesgos inherentes a la tramitación.

En general se tratará de asegurar que el equipo de tramitación de siniestros esté dotado de una visión global del negocio que les ayude a poder detectar aspectos que deberían ser reportados a las distintas áreas del negocio para las que puedan ser de interés de cara a la mejora continua de nuestros procesos y productos comercializados, estableciendo a su vez una cultura de trabajo en equipo que facilite la interrelación entre las distintas áreas.

5.2.4. Acciones sobre las provisiones de siniestros

Especialmente en relación a las provisiones por siniestros aperturados pero no concluidos, (recordad que la prescripción no se produce hasta transcurridos cinco años desde la última acción realizada). La unidad de siniestros deberá efectuar gestiones de control sobre dichas provisiones de modo que pueda en base al stock existente y al motivo que impide el pago tomar las acciones que sean oportunas para cada caso.

Figura 24: Ejemplo definición criterios de actuación con respecto a los siniestros no concluidos

SITUACIÓN	ACCIÓN
Siniestro aperturado recientemente y que todavía no se ha gestionado	Seguir con la gestión habitual del siniestro garantizando el cumplimiento de los tiempos objetivo de gestión.
Siniestro aperturado hace algunos meses y que todavía no se ha podido finalizar	Analizar los motivos que impiden la finalización y realizar las gestiones oportunas para culminar la gestión: por ejemplo si la causa es que no aporta la documentación requerida, reiterar la petición, o contactar directamente con el beneficiario para conocer que problemas hay.
Siniestro aperturado hace mucho tiempo todavía no finalizado	Analizar la causa que ha originado su paralización. Si vamos llevando un correcto control de stocks y se realizan gestiones para ir desencallando los problemas que impiden su finalización en los tiempos estimados de tramitación, no deberíamos tener un elevado número de siniestros bajo esta situación. Los que tengamos deberan revisarse y si la causa es imposibilidad de localizar a los beneficiarios o que no han aportado, a pesar de la insistencia, la documentación necesaria para la valoración, podremos concluir el siniestro transcurridos cinco años desde el último contacto con el cliente, plazo en el que se podrá considerar prescrito el derecho a percibir la prestación.
Siniestro denegado	Una siniestro denegado puede motivar una reclamación judicial que obligue a pagar finalmente la indemnización, ello implica mantener vigente la provisión del siniestro hasta que hayan transcurrido cinco años desde la denegación del siniestro si no se ha interpuesto reclamación judicial, o bien cinco años desde el último contacto con e cliente.
Siniestro sobre el que se ha interpuesto una reclamación judicial	En el mayor número de ocasiones se corresponderá a un siniestro denegado, por lo que ya contaremos con la provisión del siniestro vigente, pero será importante valorar los gastos que puede conllevar dicha reclamación judicial y valorar si procede realizar un incremento de la provisión del siniestro para contemplar esos gastos.

Fuente: Elaboración propia

Otra función importante será la de intentar minimizar en la medida que sea posible, la diferencia temporal entre la fecha de apertura del siniestro y la fecha de ocurrencia, permitiendo así que se puedan aperturar dentro del mismo ejercicio un mayor número de siniestros lo que contribuirá favorablemente al cálculo de las reservas por siniestros pendientes de aperturar de anualidades anteriores, (IBNR).

En relación a este último punto existe actualmente la opción de que las entidades aseguradoras accedan a consultar el índice de defunciones (INDEF). Esto permitirá consultar en dicho índice nuestra cartera de clientes y valorar la opción, en función de los resultados de la consulta, de aperturar el siniestro de aquellos asegurados que consten fallecidos y de los que no se ha recibido la comunicación del siniestro todavía.

5.2.5. Mejora continua de los procesos y definición de criterios de actuación

La dirección de siniestros debe garantizar la continua mejora de sus procesos de gestión facilitando el trabajo continuo de análisis por parte de los tramitadores para detectar acciones que puedan derivar en una mejora del tiempo de tramitación o de los costes de gestión.

Un punto importante es también la definición de criterios de actuación ante determinadas situaciones. En ocasiones surgen dudas que generan lentitud en la gestión, analizar estas situaciones y definir un criterio de actuación facilitará la tarea del tramitador y contribuirá a minimizar riesgos en la gestión. Lo hemos visto a lo largo de este trabajo, por ejemplo cuando explicaba la dificultad que en ocasiones genera la identificación del beneficiario de un contrato cuando se han utilizado referencias genéricas (caso del beneficiario “ hijos”).

Los criterios de tramitación y de actuación deben ser claros y deben trasladarse a los tramitadores para evitar que se detecten actuaciones distintas en función del tramitador que lo ha gestionado debido al hecho de estar siguiendo criterios distintos.

5.2.6. Dotar a la unidad de gestión de siniestros del perfil adecuado de tramitadores y empresas o expertos colaboradores

Si lo que queremos es reducir riesgos operativos y ofrecer un buen servicio al cliente, deberemos contar con un equipo de tramitadores y colaboradores cuyo perfil reúna todas las habilidades y capacidades necesarias para una buena gestión. La selección del correcto perfil de empleados será esencial para la consecución de dichos objetivos. A lo largo del apartado 3.4., hemos enumerado las distintas capacidades y habilidades que deberán reunir. Asumir funciones sin contar con dichas habilidades lleva implícito un riesgo para el negocio muy elevado, teniendo en cuenta los múltiples conocimientos que debe tener el personal encargado de la gestión de los siniestros.

Una solución para poder garantizar que las distintas gestiones sean llevadas a cabo por los empleados que mayor capacitación tengan es el externalizar determinadas funciones a expertos que puedan llevar a cabo con mayor eficiencia y a la vez con menor riesgo determinadas gestiones. Por ejemplo derivando a un equipo médico el análisis y la revisión de la documentación médica que deber estar sujeta a análisis a lo largo de la fase de valoración de cobertura, o bien asignando a expertos jurídicos la defensa de reclamaciones judiciales o la negociación con abogados que representan a los beneficiarios.

Otra solución puede ser la de diferenciar los distintos niveles de complejidad bien sea por las características del producto a gestionar, o el perfil del cliente, o el capital del siniestro u otros elementos que nos permite identificar que siniestros son más complejos y que siniestros lo son menos, de modo que podamos asignar unos u otros a los distintos tramitadores en función de su perfil y capacidades.

Figura 25: Ejemplo definición criterios de actuación con respecto a los siniestros no concluidos

Nivel 1 Siniestros con capitales inferiores a 6.000.-€	Nivel 2 Siniestros con capitales entre 6.000.-€ y 100.000.-€	Nivel 3 Siniestros con capitales superiores a 100.000.-€
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos ofimáticos • Capacidad de trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos ofimáticos • Capacidad de trabajo en equipo • Amplios conocimientos en seguros de vida • Conocimientos normativos • Escucha Activa • (...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos ofimáticos • Capacidad de trabajo en equipo • Amplios conocimientos en seguros de vida • Conocimientos normativos • Escucha Activa • Inteligencia Emocional • Conocimientos médicos

Fuente: Elaboración propia

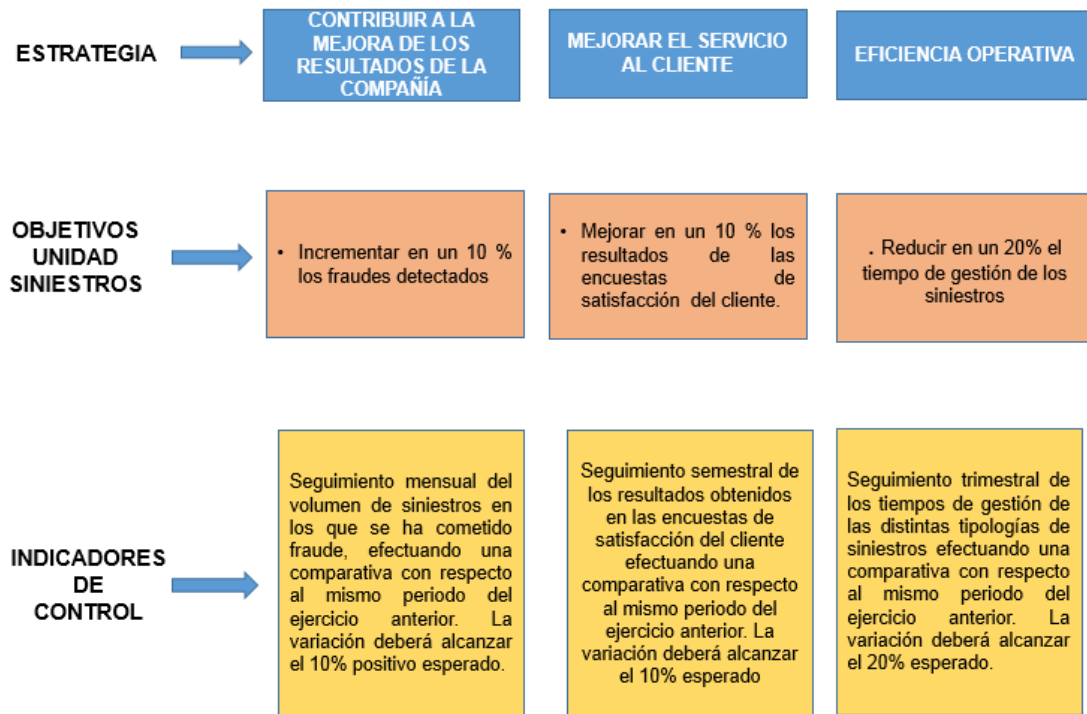
Será importante adicionalmente, dotar al equipo de tramitación de la formación necesaria para que puedan ampliar sus capacidades y adquirir nuevas habilidades que le puedan permitir por ejemplo gestionar siniestros de distintos niveles. Cuanto mayor sea el conocimiento acerca de los aspectos relacionados con la gestión de siniestros, menor serán los riesgos que pueden derivarse durante la tramitación.

5.2.7 Definición de un adecuado cuadro de mando de la gestión de siniestros

El cuadro de mando nos deberá dar una amplia visión de los resultados de gestión englobando información que nos permita observar las distintas variables decisivas (no solo las económicas) para la consecución de los objetivos que perseguimos.

Pongamos un ejemplo de cómo debería elaborarse ese cuadro de mando en base a unas estrategias de grupo y objetivos de la unidad definidos, (enumero únicamente un ejemplo de los posibles objetivos e indicadores de control que deberá cumplir el área de siniestros).

Figura 26: Ejemplo cuadro de mando de la gestión de siniestros de vida



Fuente: Elaboración propia

6. Conclusiones

Hemos podido ver a lo largo de este trabajo que la gestión de un siniestro no se trata simplemente del pago o de la denegación de la indemnización correspondiente al capital asegurado de la póliza. En la tramitación intervienen multiplicidad de elementos que necesariamente el tramitador deberá tener en cuenta para permitir que el servicio ejecutado sea satisfactorio, únicamente de ese modo conseguiremos que el modelo de gestión de siniestros definido tenga éxito, ello deriva eso sí, en la necesidad de dotar al equipo de tramitación de muchos conocimientos, no solo técnicos, sino que también de las llamadas habilidades blandas de carácter más emocional, necesarias para poder atender situaciones complejas considerando la particularidad de este tipología de seguros, (fallecimiento, invalidez, enfermedad grave de una persona),

Apuntaba al inicio de este trabajo que la gestión del siniestro es “el momento de la verdad para el cliente”, y ese es el mensaje que debe tener en mente todo tramitador de siniestros y en esencia el mensaje que debe servir para definir nuestro proceso de gestión de siniestros. La gestión del siniestro debe servir para permitir detectar carencias o necesidades de mejora en las fases previas de la vida del contrato, como son la comercialización, venta, suscripción, etc. y debe servir para generar una buena experiencia para el cliente y un buen resultado para la compañía.

El objetivo de toda unidad de siniestros debe ser poder atender a la pretensión que tenía el cliente cuando contrató la póliza y que es, entre otras, el cobro de la indemnización en el caso de que se materialice el riesgo. Si esto no sucede la unidad de siniestros deberá poder analizar porque motivo no se ha podido atender a su pretensión: ¿Existió una carencia en la información transmitida al cliente acerca de las particularidades del producto que hicieron que el cliente no conociera las limitaciones de cobertura?, ¿Se formularon preguntas inadecuadas en la fase de suscripción?, ¿El contrato no cumple con las necesidades que la normativa contempla acerca de cómo deben redactarse determinadas cláusulas?, ¿El siniestro se contrató de forma fraudulenta?. Todas estas preguntas y muchas otras deben tenerse en cuenta al definir el proceso de gestión, de modo que se puedan detectar carencias que motivan una mala experiencia para el cliente.

Generar una cultura de trabajo en equipo y de interrelación entre las áreas del negocio garantizará el éxito en el modelo de gestión de siniestros orientado a la creación de valor para el negocio y el cliente. El siniestro es la conclusión de la experiencia del cliente y de la vida del contrato con la compañía y la información de valor que se obtiene de su análisis no debe pasar por alto si lo que pretendemos es potenciar la mejora continua de nuestros procesos y servicios.

7. Bibliografía

Artículos:

Diario Expansión, “La buena gestión de los siniestros mejora la competitividad” 23-06-2016, página 25.

Diario La Gaceta Negocios Inversión. 10-06-2016.. “El registro de seguros de vida nacerá en el mes de noviembre”. Página 9.

El país, “La familia de un hombre que se suicidó cobrará 1,5 millones del seguro de vida”, 12 de agosto de 2016.

Revista xurídica galega. “Designación de los beneficiarios en los contratos de seguro de cobertura de Fallecimiento” Busto Lago, Jose Manuel. ISSN 1132-6433, N°. 57, 2007, págs. 13-49.

UNAM “ Notas de Derecho Sucesorio sobre el Seguro de Vida para el caso de muerte”. N°. 13-14, 2006, págs. 27-62

Libros:

PEREZ TORRES, JOSE LUIS: *Conociendo el seguro: teoría general del seguro*. T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

SHAW, COLIN. *Revolutionize your customer experience*. New York. Ed. Palgrave Macmillan, 2005.

HOROVITZ, JACQUES, “Los siete secretos del servicio al cliente”, Pearson Educacion, 2000.

Informes:

UNESPA. “LIBRO BLANCO DEL SEGURO”. Asociación empresarial del Seguro. 2016.

UNESPA . “INFORME ESTAMOS SEGUROS”. 2016.

ERNST&YOUNG. “Voice of the Customer Time for Insurers to rethink their relationships”. Global Consumer Insurance Survey 2012.

DGSFP. “Memoria del servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones 2015”. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

Fuentes de internet:

INTERECONOMÍA. “Los intentos de estafa al seguro más curiosos y desmascarados”.2017.<<https://intereconomia.com/empresas/seguros/tres-intentos-fraude-al-seguro-fingir-la-muerte-mentir-accidente-suicidio-20170420-1446/>> (Fecha consulta 20 de agosto del 2017).

INSTITUTO AVIVA. “Las 50 preguntas sobre planes y FFPP. Junio 2016. <<http://www.instituto-aviva-de-ahorro-y-pensiones.es/corporativa/educacion-financiera/biblioteca/50-claves/>>.” (Fecha consulta 15 de Julio del 2017).

INESE. Gestión de siniestros, clave para la satisfacción y fidelización del cliente 13 de octubre del 2016.<<https://www.inese.es/noticias/gestion-de-siniestros-clave-para-la-satisfaccion-y-fidelizacion-del-cliente#.WXywOa1dDIU>>.” (Fecha consulta 15 de Julio del 2017).

GLARUS IBERICA, “Se mucho técnicamente”. ¿Es suficiente esto para ser un tramitador de siniestros de éxito?”. Septiembre del 2014.<<https://glarusiberica.wordpress.com/2014/09/03/se-mucho-tecnicamente-es-suficiente-esto-para-ser-un-tramitador-de-siniestros-de-exito>>.” (Fecha consulta 2 de agosto del 2017).

ACFE. Association of Certified Fraud Examiners. “Triángulo del Fraude”.<<http://www.acfe-spain.com/recursos-contra-fraude/que-es-el-fraude/triangulo-del-fraude>>.” (Consultado el 15 de Junio del 2017).

UNESPA, XXIII Concurso sectorial de detección de fraude. 20 abril de 2017.<<http://www.unespa.es/notasdeprensa/aumentan-intentos-enganos-en-lineas-seguros-particulares/>>.” (consultado el 15 de junio del 2017).

Zendesk Support. “Mejores prácticas de NPS: ¿Qué es Net Promoter ScoreSM y cómo me puede ayudar?” Jennifer Rowe. 2017.<<https://support.zendesk.com/hc/es/articles/203759076-Mejores-pr%C3%A1cticas-de-NPS-Qu%C3%A9-es-Net-Promoter-Score-y-c%C3%B3mo-me-puede-ayudar->> (Fecha de consulta: 22 de julio del 2017)

JAVIER MEGIAS. “Mapa de la experiencia del cliente: Customer Journey Map”. Abril 2013.<<http://javiermegias.com/blog/2013/04/customer-journey-map-mapa-experiencia-cliente/>>.” (Fecha de consulta: 23 de julio del 2017)

MADISON. “Customer Journey Map, la mejor radiografía del cliente”. 2016.<<http://www.madisonmk.com/es/articulo/customer-journey-map-la-mejor-radiograf-del-cliente>>.” (Fecha de consulta: 22 de julio del 2017)

Jurisprudencia:

TRIBUNAL SUPREMO. Sentencia 1208/2016 de la Sección 1ª de la Sala de lo Civil de fecha 16 de Marzo del 2.016.

TRIBUNAL SUPREMO. Sentencia 676/2014 de la Sección 1ª de la Sala de lo Civil de fecha 4 de Diciembre del 2.014.

TRIBUNAL SUPREMO. Sentencia 1373/2005 de la Sección 1ª de la Sala de lo Civil de fecha 4 de Marzo del 2.005.

TRIBUNAL SUPREMO. Sentencia 4058/2016 de la Sección 1ª de la Sala de lo Civil de fecha 14 de Marzo del 2.016.

Fuentes Oficiales:

LEY 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. (BOE de 17 de Marzo de 1980. Última actualización de 15 de Julio del 2015).

REAL DECRETO 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. (BOE de 25 de noviembre de 1998. Última actualización de 2 de diciembre del 2015).

LEY 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. (BOE de 29 de noviembre del 2.006. Última actualización de 21 de enero del 2017).

REAL DECRETO 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero. (BOE de 31 de marzo del 2007. Última actualización de 11 de julio del 2015).

REAL DECRETO 1629/1991, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. (BOE de 16 de Noviembre del 1991).

LEY 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento. (BOE de 15 de Noviembre de 2005).

LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE de 14 de diciembre de 1999).

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)

Mireia Orenes Esteban

Nacida en Castellar del Vallés el 28 de Marzo de 1980 y licenciada en derecho por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Inicié mi experiencia profesional en el sector asegurador en el año 2007, año en el que me incorporé a la entidad Bansabadell Vida en la que permanecí hasta el año 2011 en el que entré a formar parte la entidad Zurich Services AIE como consecuencia de la compra del negocio por parte de la entidad.

Inicié mi carrera profesional realizando funciones administrativas de tramitación operativa en distintas áreas, (contratación, prestaciones, siniestros, suscripción), siempre en el ramo de vida. Posteriormente adquirí la responsabilidad de distintas áreas dentro de la unidad de operaciones de vida (operativa fiscal, prestaciones y rescates de seguros de vida, contratación y servicio de productos de ahorro y pensiones, gestora de pensiones, etc.). Recientemente he asumido el rol de Dirección de siniestros de vida, operativa de seguros colectivos y planes de pensiones de empleo de Bansabadell Vida y Pensiones y área de soporte legal y fiscal.

Podréis localizarme a través del siguiente correo electrónico: mi-reia.orenes@zurich.com.

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

PUBLICACIONES

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

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

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

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

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

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

- 190.- Marta Raso Cardona: "Comoditización de los seguros de Autos y Hogar. Diferenciación, fidelización y ahorro a través de la prestación de servicios" 2014/2015.
- 191.- David Ruiz Carrillo: "Información de clientes como elemento estratégico de un modelo asegurador. Estrategias de Marketing Relacional/CRM/Big Data aplicadas al desarrollo de un modelo de Bancaseguros" 2014/2015.
- 192.- Maria Torrent Caldas: "Ahorro y planificación financiera en relación al segmento de jóvenes" 2014/2015.
- 193.- Cristian Torres Ruiz: "El seguro de renta vitalicia. Ventajas e inconvenientes" 2014/2015.
- 194.- Juan José Trani Moreno: "La comunicación interna. Una herramienta al servicio de las organizaciones" 2014/2015.
- 195.- Alberto Yebra Yebra: "El seguro, producto refugio de las entidades de crédito en épocas de crisis" 2014/2015.
- 196.- Jesús García Riera: "Aplicación de la Psicología a la Empresa Aseguradora" 2015/2016
- 197.- Pilar Martínez Beguería: "La Función de Auditoría Interna en Solvencia II" 2015/2016
- 198.- Ingrid Nicolás Fargas: "El Contrato de Seguro y su evolución hasta la Ley 20/2015 LOSSEAR. Hacia una regulación más proteccionista del asegurado" 2015/2016
- 199.- María José Páez Reigosa: "Hacia un nuevo modelo de gestión de siniestros en el ramo de Defensa Jurídica" 2015/2016
- 200.- Sara Melissa Pinilla Vega: "Auditoría de Marca para el Grupo Integra Seguros Limitada" 2015/2016
- 201.- Teresa Repollés Llecha: "Optimización del ahorro a través de soluciones integrales. ¿cómo puede la empresa ayudar a sus empleados?" 2015/2016
- 202.- Daniel Rubio de la Torre: "Telematics y el seguro del automóvil. Una nueva póliza basada en los servicios" 2015/2016
- 203.- Marc Tarragó Diego: "Transformación Digital. Evolución de los modelos de negocio en las compañías tradicionales" 2015/2016
- 204.- Marc Torrents Fábregas: "Hacia un modelo asegurador peer-to-peer. ¿El modelo asegurador del futuro?" 2015/2016
- 205.- Inmaculada Vallverdú Coll: "Fórmulas modernas del Seguro de Crédito para el apoyo a la empresa: el caso español" 2015/2016
- 206.- Cristina Alberch Barrio: "Seguro de Crédito. Gestión y principales indicadores" 2016/2017
- 207.- Ian Bachs Millet: "Estrategias de expansión geográfica de una entidad aseguradora para un mercado específico" 2016/2017
- 208.- Marta Campos Comas: "Externalización del servicio de asistencia" 2016/2017
- 209.- Jordi Casas Pons: "Compromisos por pensiones. Hacia un nuevo modelo de negociación colectiva" 2016/2017
- 210.- Ignacio Domenech Guillén: "El seguro del automóvil para vehículos sostenibles, autónomos y conectados" 2016/2017
- 211.- Maria Luisa Fernández Gómez: "Adquisiciones de Carteras de Seguros y Planes de Pensiones" 2016/2017
- 212.- Diana Heman Hasbach: "¿Podrán los Millennials cobrar pensión?: una aplicación al caso de México" 2016/2017
- 213.- Sergio López Serrano: "El impacto de los Ciberriesgos en la Gerencia de Riesgos Tradicional" 2016/2017
- 214.- Jordi Martí Bernaus: "Dolencias preexistentes en el seguro de Salud: exclusiones o sobreprimas" 2016/2017
- 215.- Jéssica Martínez Ordóñez: "Derecho al honor de las personas jurídicas y reputación online" 2016/2017
- 216.- Raúl Monjo Zapata: "La Función de Cumplimiento en las Entidades Aseguradoras" 2016/2017
- 217.- Francisco José Muñoz Guerrero: "Adaptación de los Productos de Previsión al Ciclo de Vida" 2016/2017
- 218.- Mireia Orenes Esteban: "Crear valor mediante la gestión de siniestros de vida" 2016/2017

219.- Oscar Pallisa Gabriel: "Big Data y el sector asegurador" 2016/2017

220.- Marc Parada Ricart: "Gerencia de Riesgos en el Sector del Transporte de Mercancías" 2016/2017

221.- Xavier Pérez Prado: "Análisis de la mediación en tiempos de cambio. Debilidades y fortalezas. Una visión de futuro" 2016/2017

222.- Carles Pons Garulo: "Solvencia II: Riesgo Catastrófico. Riesgo Antropógeno y Reaseguro en el Seguro de Daños Materiales" 2016/2017

223.- Javier Pulpillo López: "El Cuadro de Mando Integral como herramienta de gestión estratégica y retributiva" 2016/2017