

**REGLAMENTO DEL SERVICIO
DE ATENCION AL CLIENTE
DE MUTUAL MÈDICA DE CATALUNYA I BALEARNS,
M.P.S. A PRIMA FIJA**

DOMICILIO SOCIAL: Vía Laietana, 31 (D.P. 08003- Barcelona)

INDICE

TITULO PRELIMINAR	
Artículo 1. Legislación aplicable	
TITULO PRIMERO. OBJETO, Y NATURALEZA Y SEDE	
Artículo 2. Objeto	
Artículo 3. Sede del Servicio.....	
TITULO SEGUNDO. DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS	
Artículo 4. Competencias.....	
Artículo 5. Recursos asignados.....	
Artículo 6. Funciones	
TITULO TERCERO. DE LA COMPOSICION Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO.....	
Artículo 7. Composición.....	
Artículo 8. Responsable del Servicio.....	
Artículo 9. Elección y cese del Responsable del Servicio	
Artículo 10. Funciones del Responsable del Servicio.....	
TITULO CUARTO. DEL PROCEDIMIENTO Y TRAMITE.....	
Artículo 11. Plazo de presentación de Reclamaciones	
Artículo 12. Presentación de Reclamaciones	
Artículo 13. Documentación a presentar	
Artículo 14. Plazos de resolución	
Artículo 15. Acuse de recibo.....	
Artículo 16. Tramitación.....	
Artículo 17. Desestimación de la tramitación	
Artículo 18. Denegación de admisión a trámite	
Artículo 19. Desistimiento por el cliente	
Artículo 20. Resolución a favor del cliente	
Artículo 21. Notificación de la resolución	
TITULO QUINTO. DE LOS INFORMES Y MEMORIAS	
Artículo 22. Informe anual.....	
Artículo 23. Resumen anual	
TITULO SEXTO. DEL DEBER DE INFORMACION	
Artículo 24. Deber de información	
DISPOSICION FINAL	

TITULO PRELIMINAR

Artículo 1. Legislación aplicable.

De conformidad con lo dispuesto en la ORDEN ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, el Servicio de Atención al Cliente (entendiéndose como “cliente” en este Reglamento y en adelante, el mutualista, el asegurado, el beneficiario y el tercero perjudicado) de Mutual Médica de Catalunya i Balears, M.P.S. a prima fija (en adelante Mutual Médica), se regirá por las disposiciones contenidas en el presente Reglamento y por las demás normas que, de acuerdo con la legislación vigente, resulten de aplicación.

El presente Reglamento regula, dentro del marco legal vigente, el funcionamiento del Servicio.

TITULO PRIMERO. OBJETO, NATURALEZA Y SEDE

Artículo 2. Objeto

El Servicio de Atención al Cliente tiene como misión la recepción y resolución de las quejas o reclamaciones presentadas por los clientes y que se refieran a la actividad aseguradora de Mutual Médica.

Conforme al artículo 3 de la Orden ECO/734/2004, es el Servicio encargado de atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes les presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Artículo 3. Sede del Servicio.

La Sede del Servicio de Atención al Cliente se halla ubicada en el domicilio social de Mutual Médica sito en Barcelona (D.P. 08003), Vía Layetana, núm. 31.

TITULO SEGUNDO. DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS

Artículo 4. Competencias.

Las obligaciones de atención estarán referidas a las quejas y reclamaciones presentadas, directamente o mediante representación, por todas las personas físicas o jurídicas, españolas o extranjeras, que reúnan la condición de cliente de la Entidad, siempre que tales quejas y reclamaciones se refieran a los productos aseguradores, ya deriven de los contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros, en particular, del principio de equidad.

Artículo 5. Recursos asignados.

El Servicio de Atención al Cliente se constituye como una unidad administrativa, será autónomo en los asuntos de su estricta competencia.

El Servicio de Atención al Cliente se dotará de los medios humanos, materiales, técnicos y organizativos adecuados para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 6. Funciones.

Serán funciones del Servicio de Atención al Cliente:

- a) Atender las quejas y reclamaciones que sus clientes les presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos y por lo que respecta a los seguros contratados en la Mutuality.
- b) Resolver dichas quejas y reclamaciones en plazo no superior a dos meses desde la recepción de las mismas.
- c) Adoptar las medidas oportunas para garantizar que los procedimientos previstos para la transmisión de la información requerida por el Servicio al resto de delegaciones, oficinas y departamentos de la organización, respondan a los principios de rapidez, seguridad, eficacia y coordinación.
- d) Proponer a los órganos competentes de Mutual Médica la dotación suficiente de personal y material para un adecuado cumplimiento de sus funciones.
- e) Elevar al Consejo de Administración un informe anual de la actividad desarrollada.
- f) Emitir los informes que le corresponda de acuerdo con la legislación vigente y lo dispuesto en el presente Reglamento.
- g) Fomentar la coordinación con otras delegaciones, oficinas y departamentos de Mutual Médica para que le sean facilitadas cuantas informaciones solicite en relación con el ejercicio de sus funciones.
- h) Cualesquiera otras funciones orientadas al adecuado cumplimiento de sus fines.

TITULO TERCERO. DE LA COMPOSICION Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO

Artículo 7. Composición.

El Servicio de Atención al Cliente estará compuesto como mínimo por el responsable del Servicio y, en su caso, de otros miembros designados por la Dirección General de Mutual Médica, que quedarán bajo la supervisión y control del responsable del Servicio.

Artículo 8. Responsable del Servicio.

El Responsable del Servicio de Atención al Cliente será una persona con honorabilidad comercial y profesional, y con conocimiento y experiencia adecuados para ejercer sus funciones.

Artículo 9. Elección y cese del Responsable del Servicio.

El Responsable del Servicio será designado por el Consejo de Administración y comunicado al Comisionado para la Defensa del Cliente de la D.G.S.F.P.

Será incompatible el desempeño del cargo de responsable del Servicio de Atención al Cliente con cualquier puesto de responsabilidad en la entidad en departamentos comerciales o ejecutivos.

La duración del cargo será ilimitada hasta que el propio Consejo de Administración decida elegir un nuevo responsable.

El responsable cesará de su cargo cuando:

- a) Se producirá cese inmediato de las funciones, al responsable que realice abuso de poder o resuelva quejas o reclamaciones de manera subjetiva o contra el reglamento o estatutos de Mutual Médica.
- b) Si en ocasiones reiteradas incumple las funciones y obligaciones propias de su cargo.
- c) A petición propia, mediante la presentación formal de la dimisión al Consejo de Administración, previa comunicación al Director General de Mutual Médica.
- d) En su caso, por baja en Mutual Médica como trabajador.

Artículo 10. Funciones del Responsable del Servicio.

Son competencias del Responsable del Servicio:

- a) Ostentar la representación del Servicio.
- b) Coordinar las actividades del Servicio así como toda iniciativa para el mejor funcionamiento del mismo.
- c) Elaborar y presentar el informe anual en los términos exigidos por la normativa vigente, así como aquellos otros que el Consejo de Administración considere oportunos.
- d) Dirigir la gestión administrativa del mismo.
- e) Ejercer la dirección funcional del personal del Servicio de Atención al Cliente.
- f) Informar al Director General de Mutual Médica de las necesidades del Servicio para el cumplimiento de sus funciones.
- g) Garantizar la información al Consejo de Administración de cuantos asuntos tenga conocimiento y afecte a los intereses del mismo.

- h) Custodiar o hacer custodiar y tramitar la documentación del Servicio.
- i) Atender los requerimientos que el Comisionado para la Defensa del Cliente de la DGSFP pueda efectuarnos en el ejercicio de sus funciones.
- j) Cumplir o hacer cumplir cualquier otra función que el Servicio tenga impuesta estatutaria o reglamentariamente.

TITULO CUARTO. DEL PROCEDIMIENTO Y TRAMITE

Artículo 11. Plazo de presentación de Reclamaciones.

El plazo máximo para la presentación de este tipo de reclamaciones será de dos años a contar desde la fecha que se tuvo conocimiento, por el cliente, de los hechos causantes de la reclamación o queja.

Artículo 12. Presentación de Reclamaciones.

Estas reclamaciones o quejas deberán ser presentadas por escrito en Mutual Médica o en la sede del Servicio de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación en soporte papel o bien mediante correo electrónico cumpliendo con las exigencias de la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

La dirección postal a la que se deberán remitir los escritos es: Vía Layetana, núm. 31 – (D.P. 08003) Barcelona

El número de fax es: 933 107 353

Y la dirección de correo electrónico es: sac@mutualmedica.com

Artículo 13. Documentación a presentar.

En las reclamaciones o quejas se hará constar:

- a) Nombre, apellidos y domicilio del cliente, así como dirección electrónica de contacto si la tuviere y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada; número del documento nacional de identidad para las personas físicas y datos referidos a registro público para las jurídicas.
- b) Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.
- c) Delegación, Oficina u oficinas o departamento o departamentos donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- d) Que el cliente no tiene conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- e) Lugar, fecha y firma.

El cliente deberá aportar, junto al documento anterior, las pruebas documentales que obren en su poder en que se fundamente su queja o reclamación.

Artículo 14. Plazos de resolución.

El Servicio dispondrá de un plazo de dos meses, a contar desde la recepción de la queja o reclamación en la forma establecida en el artículo 12 de este Reglamento, para dictar un pronunciamiento, pudiendo el cliente a partir de la finalización de dicho plazo acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe de planes de pensiones.

Artículo 15. Acuse de recibo.

El Servicio de Atención al Cliente una vez reciba la queja o reclamación entregará, un acuse de recibo por escrito en el que informará al cliente de la instancia competente para la resolución de la misma y el número de expediente que se le ha asignado. Asimismo dejará constancia de la fecha de presentación a efectos del cómputo del plazo máximo de resolución indicado en el artículo 14 del presente Reglamento y abrirá un expediente.

Artículo 16. Tramitación.

Las reclamaciones sólo se admitirán a trámite una vez, no pudiendo reiterar el cliente ante distintos órganos de Mutual Médica.

El Servicio de Atención al Cliente podrá recabar en el curso de la tramitación de los expedientes, tanto del cliente como de otras delegaciones, oficinas o departamentos de Mutual Médica, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión. Quedan obligados estas delegaciones, oficinas o departamentos a entregar la documentación solicitada de manera que el Servicio de Atención al Cliente pueda llevar a cabo sus funciones de manera objetiva y dentro del plazo de resolución.

Artículo 17. Desestimación de la tramitación.

Si no se encontrase suficientemente acreditada la identidad del cliente, o no pudiesen establecerse con claridad los hechos objeto de la queja o reclamación, se requerirá al firmante para completar la documentación remitida en el plazo de diez días naturales, con apercibimiento de que si así no lo hiciese se archivará la queja o reclamación sin más trámite.

El plazo empleado por el cliente para subsanar los errores a que se refiere el párrafo anterior no se incluirá en el cómputo del plazo de dos meses previsto en el artículo 14 del presente reglamento.

Artículo 18. Denegación de admisión a trámite.

Sólo podrá rechazarse la admisión a trámite de las quejas y reclamaciones en los casos siguientes:

- a) Cuando se omitan datos esenciales para la tramitación no subsanables, incluidos los supuestos en que no se concrete el motivo de la queja o reclamación.
- b) Cuando se pretendan tramitar como queja o reclamación, recursos o acciones distintos cuyo conocimiento sea competencia de los órganos administrativos, arbitrales o judiciales, o la misma se encuentre pendiente de resolución o litigio o el asunto haya sido ya resuelto en aquellas instancias.
- c) Cuando los hechos, razones y solicitud en que se concreten las cuestiones objeto de la queja o reclamación no se refieran a operaciones concretas o no se ajusten a los requisitos establecidos en el artículo 4 del presente reglamento.
- d) Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación a los mismos hechos.
- e) Cuando hubiera transcurrido el plazo para la presentación de quejas y reclamaciones que establece el artículo 11 del presente reglamento.
- f) Cuando se tuviera conocimiento de la tramitación simultánea de una queja o reclamación y de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial sobre la misma materia, deberá abstenerse de tramitar la primera.
- g) Cuando se entienda no admisible a trámite la queja o reclamación, por alguna de las causas indicadas, se pondrá de manifiesto al cliente mediante decisión motivada, dándole un plazo de diez días naturales para que presente sus alegaciones. Cuando el cliente hubiera contestado y se mantengan las causas de inadmisión, se le comunicará la decisión final adoptada.

Artículo 19. Desistimiento por el cliente.

Los clientes podrán desistir de sus quejas y reclamaciones en cualquier momento. El desistimiento dará lugar a la finalización inmediata del procedimiento en lo que a la relación con el cliente se refiere.

La comunicación del desistimiento, deberá realizarlo el cliente por escrito, indicando la referencia del expediente que Mutual Médica le haya asignado y comunicado en el acuse de recibo. En este caso el Servicio de Atención al Cliente remitirá a su vez al cliente la comunicación de resolución y archivo definitivo del expediente.

Artículo 20. Resolución a favor del cliente .

Si a la vista de la queja o reclamación, la entidad rectificase su situación con el cliente a satisfacción de éste, deberá comunicarlo a la instancia competente y justificarlo documentalmente, salvo que existiere desistimiento expreso del cliente.

Artículo 21. Notificación de la resolución.

La decisión será notificada a los clientes en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, por escrito o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos, y cumplan los requisitos previstos en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica, según haya designado de forma expresa el reclamante y, en ausencia de tal indicación, será notificada a través del mismo medio en que hubiera sido presentada la queja o reclamación. En ningún caso podrá rebasarse el límite marcado en el artículo 14 del presente reglamento.

La decisión será siempre motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la solicitud planteada en cada queja o reclamación, fundándose en las cláusulas contractuales, las normas de transparencia y protección de la clientela aplicables, así como las buenas prácticas y usos financieros.

En el caso de que la decisión se aparte de los criterios manifestados en expedientes anteriores similares, deberán aportarse las razones que lo justifiquen.

En la notificación de la resolución de la queja o reclamación, se expresará la facultad que tiene el cliente para, en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento, acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe de planes de pensiones.

TITULO QUINTO. DE LOS INFORMES Y MEMORIAS**Artículo 22. Informe anual.**

El responsable del Servicio de Atención al Cliente deberá, dentro del primer trimestre de cada año, presentar ante el Consejo de Administración un informe explicativo del desarrollo de su función durante el ejercicio precedente.

Dicho informe habrá de tener el contenido mínimo siguiente:

- a) Resumen estadístico de las quejas y reclamaciones atendidas, con información sobre su número, admisión a trámite y razones de inadmisión, motivos y cuestiones planteadas en las quejas y reclamaciones, y cuantías e importes afectados.
- b) Resumen de las decisiones dictadas, con indicación del carácter favorable o desfavorable para el reclamante,
- c) Criterios generales contenidos en las decisiones.
- d) Recomendaciones o sugerencias derivadas de su experiencia, con vistas a una mejor consecución de los fines que informan su actuación.

Artículo 23. Resumen anual.

El responsable del Servicio de Atención al Cliente deberá redactar un resumen del informe anual, que se integrará en la memoria anual de Mutual Médica.

TITULO SEXTO. DEL DEBER DE INFORMACION

Artículo 24. Deber de información.

Mutual Médica tiene el deber de informar en su domicilio social y en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web en el caso de contratación vía telemática de:

- a) La existencia del Servicio de Atención al Cliente, su dirección postal y electrónica.
- b) La obligación de atender y resolver las quejas y reclamaciones en el plazo de dos meses desde su presentación en el Servicio.
- c) Hacer referencia al Comisionado para la Defensa de Asegurado y Partícipe de Planes de Pensiones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con su dirección postal y electrónica; y de la necesidad de agotar la vía del Servicio de atención al Cliente para poder formular las quejas y reclamaciones ante él.
- d) Referencia a la normativa de transparencia y protección del cliente de servicios financieros, indicando la referencia de las normas que regulan estos aspectos, que en concreto son:
 - Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.
 - Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.
 - Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de entidades financieras.

- e) El presente Reglamento de funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente.

Disposición Final.- El presente Reglamento será de aplicación tanto en el caso de que el titular del Servicio de Atención al Cliente pertenezca a la plantilla de trabajadores de Mutual Médica, como que sea contratado en régimen de arrendamiento de servicios profesionales.