

Paseo de la Castellana, 32
28046 MADRID
TEL: 91 339 55 00
FAX: 91 339 55 79

UNIDAD DE ORIGEN

DIRECCIÓN GENERAL

FECHA

30 de junio de 2014

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

GE-20/2014

TÍTULO

REGLAMENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

DISPOSICIONES AFECTADAS

Instrucción GE-10/2004, Reglamento del Servicio de Atención al Asegurado, que queda sin efecto

TEXTO

1. CONTENIDO DE LA INSTRUCCIÓN

La presente Instrucción tiene como finalidad la de adaptar el actual Reglamento del Servicio de Atención al Asegurado del Consorcio de Compensación de Seguros a las modificaciones normativas introducidas, en el ámbito de la protección al asegurado, por un lado, por la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible que modificó el artículo 30 de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y, por otro lado, por la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En todo caso, el contenido del Reglamento que ahora se aprueba, mantiene y pone al día la totalidad de los aspectos contemplados 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 la entidades



financieras, disposición reglamentaria que establece de manera precisa los requisitos y procedimientos que dichos servicios deben cumplir de conformidad con las previsiones normativas establecidas en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.

Asimismo, mediante la presente Instrucción se da cumplimiento al Informe de Seguimiento del Servicio de Atención al Asegurado emitido por el Servicio de Auditoría Interna de esta Entidad en enero de 2014. Informe de Auditoría que pone de manifiesto la necesidad de modificar el Reglamento del Servicio de Atención al Asegurado para adaptarlo a las modificaciones normativas citadas y recomienda su actualización a fin de reforzar la imagen de independencia de dicho Servicio.

2. EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

2.1. Naturaleza y funciones del Servicio de Atención al Asegurado

El Servicio de Atención al Asegurado (en adelante, SAA) es el departamento especializado creado para atender y resolver las quejas y reclamaciones que presenten los asegurados de la Entidad.

El SAA se encuentra adscrito a la Dirección General de la Entidad y gozará de plena independencia respecto de todas las Unidades del Consorcio de Compensación de Seguros a fin de garantizar la necesaria autonomía en la toma de las decisiones referentes al ámbito de su actividad y evitar conflictos de intereses.

2.2. El Jefe del Servicio de Atención al Asegurado

El Jefe del Servicio de Atención al Asegurado será designado por el Director General de la Entidad entre personas con honorabilidad comercial y profesional, con conocimientos y experiencia adecuados para ejercer sus funciones y tendrá la categoría de responsable, nivel 1; su cese será, asimismo, acordado por el Director General.

La designación y el cese del Jefe del SAA serán ratificados por la Presidencia de la Entidad y de ellos se dará cuenta al Consejo de Administración.

El desempeño del puesto de Jefe del SAA será incompatible con la realización de cualesquiera otras actividades de carácter operativo o ejecutivo en otras Unidades de los Servicios Centrales o en las Delegaciones de la Entidad.

La designación del Jefe del SAA será comunicada al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.



2.3. Funcionamiento del Servicio de Atención al Asegurado

Por parte de la Dirección General se adscribirán al SAA los medios humanos, materiales, técnicos y organizativos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus funciones.

Los titulares de las diferentes Unidades de los Servicios Centrales y de las Delegaciones deberán facilitar al SAA la información necesaria para el ejercicio de sus funciones con la máxima seguridad, rapidez y eficacia, conforme se establece en la presente Instrucción.

3. INFORMACIÓN A LOS ASEGURADOS

En todas las dependencias del Consorcio de Compensación de Seguros, así como en su página Web, en las pólizas y en los folletos informativos que se editen, se incluirá un texto del tenor siguiente:

SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

- El Consorcio de Compensación de Seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las quejas y reclamaciones que le presenten por escrito los interesados. Estas reclamaciones deben dirigirse a:

Consorcio de Compensación de Seguros
Servicio de Atención al Asegurado
Paseo de la Castellana, 32 – 7ª Planta
28046 MADRID
Correo electrónico: saa@consorseguros.es

- El SAA resolverá las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de dos meses desde su presentación. Si el interesado no está conforme con la resolución adoptada o si han transcurrido más de dos meses desde que fue presentada su reclamación o queja y no ha tenido contestación, podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dirigiéndose a :

Servicio de Reclamaciones
Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Paseo de la Castellana, 44
28046 MADRID

- En la página web del CCS (www.consorseguros.es) se puede consultar el Reglamento del Servicio de Atención al Asegurado, así como el procedimiento para presentar quejas y reclamaciones.

Asimismo, en dicha página web, se incluyen el texto completo de 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 y de la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para la presentación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.



4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

4.1. Reclamaciones que serán atendidas por el Servicio de Atención al Asegurado.

- 4.1.1. El SAA conocerá y resolverá todas las reclamaciones que formulen las personas legitimadas para ello en relación con las operaciones de seguro que realice la Entidad. Dichas reclamaciones deberán referirse a los acuerdos finales que hayan adoptado cualesquiera Unidades del Consorcio, tanto de los Servicios Centrales como de las Delegaciones, y que le hayan sido notificados por escrito a los asegurados, tanto si se trata de acuerdos de indemnización como de denegaciones de las solicitudes presentadas.
- 4.1.2. El SAA atenderá también aquellas quejas que se refieran a irregularidades o dilaciones injustificadas en la tramitación de los expedientes de indemnización, aun cuando se presenten previamente a la resolución final de los mismos. En estos casos el SAA comunicará las quejas recibidas a las unidades responsables para que informen sobre las circunstancias que dan lugar a la reclamación así como para que, en su caso, sean tomadas en consideración en la tramitación en curso. De esta comunicación, así como de las circunstancias concurrentes y de las medidas adoptadas, se dará cuenta al reclamante para su conocimiento.
- 4.1.3. El SAA no se pronunciará sobre las reclamaciones que pudieran recibirse referidas a las causas del siniestro y a la valoración de los daños, en cuanto a las cuestiones de hecho consignadas en los dictámenes de los peritos, devolviéndolas a los reclamantes a fin de que se proceda en la forma prevista en el artículo 38 de Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

4.2. Personas que pueden presentar reclamaciones.

Podrán presentar reclamaciones ante el SAA, en la forma que se establece en esta Instrucción, los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, bien sean personas físicas o jurídicas, españolas o extranjeras, que reúnan la condición de usuarios de los servicios prestados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

En el caso de que la reclamación se presente por medio de representante, deberá constar por escrito la autorización expresa del interesado al representante para que realice, en su nombre, dicha reclamación. No obstante, se considerará acreditada dicha representación cuando la reclamación se efectúe por el interesado a través de la entidad aseguradora emisora de la póliza con que el expediente del CCS tiene relación, o de los agentes de aquélla o del corredor que, en su caso, haya intermediado en la operación de seguro.



4.3. Forma, contenido y lugar de presentación

4.3.1. La presentación de las quejas y reclamaciones podrá efectuarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.

La utilización de medios informáticos, electrónicos o telemáticos deberá ajustarse a las exigencias previstas en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

4.3.2. El procedimiento se iniciará mediante la presentación de un documento en el que se hará constar:

- a) Nombre, apellidos y domicilio del interesado y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada en los términos previstos en el apartado 4.2. de la Instrucción, 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, departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- d) Que el reclamante 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 reclamante deberá aportar, junto al documento anterior, las pruebas documentales que obren en su poder en que se fundamente su queja o reclamación.

4.3.3. Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el SAA en la dirección indicada en el apartado 3 y también en cualquiera de las Delegaciones de la Entidad, comenzando entonces el cómputo del plazo máximo de tramitación.

4.4. Admisión a trámite

4.4.1. Recibida la queja o reclamación por cualquier Unidad de la Entidad, ésta será remitida al SAA a la mayor brevedad.

La queja o reclamación se presentará una sola vez por el interesado, sin que pueda exigirse su reiteración ante distintos órganos de la Entidad.



El SAA procederá al registro de la reclamación presentada, asignándole un número para su identificación y acusando recibo al interesado por escrito, con indicación de la fecha de presentación a efectos del cómputo de plazos.

- 4.4.2. Si no se encontrase suficientemente acreditada la identidad del reclamante 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 reclamante para subsanar estos errores no se incluirá en el cómputo del plazo de dos meses para la terminación.

4.5. Causas de no admisión a trámite

- 4.5.1. 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 distintas, 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 las operaciones de seguro que realiza la Entidad, conforme se señala en el apartado 4.1. de esta Instrucción.
 - d) Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo asegurado en relación a los mismos hechos.
 - e) Cuando haya transcurrido el plazo de dos años a contar desde la fecha en que la reclamación pudo haber sido planteada por haberse adoptado el acuerdo final que da lugar a la reclamación o, en su caso, cuando haya prescrito la acción para reclamar judicialmente.
- 4.5.2. Cuando el SAA 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.
- 4.5.3. Cuando se entienda no admisible a trámite la queja o reclamación, por alguna de las causas indicadas, se pondrá de manifiesto al interesado mediante decisión motivada, dándole un plazo de diez días naturales para que presente sus alegaciones. Cuando el interesado hubiera contestado y se mantengan las causas de inadmisión, se le comunicará la decisión final adoptada.



5. PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES

5.1. Formación del expediente

Una vez registrada la reclamación o la queja y asignado el número de expediente, el SAA podrá recabar de la Unidad correspondiente el envío de toda la documentación existente sobre el expediente de siniestro o, en su caso, el de aquella parte de la misma que sea necesaria. La solicitud se realizará, preferentemente, por correo electrónico y la remisión por la Unidad Gestora se realizará, lo más tarde, en los cinco días laborables siguientes a la petición de información realizada por el SAA.

En todo caso, la Unidad Gestora encargada del expediente, remitirá al SAA un detallado informe sobre las circunstancias concurrentes en la tramitación y resolución final del expediente.

Si fuera necesario, a la documentación propia del caso se le unirá aquella otra que pudiera existir en el Consorcio sobre otras indemnizaciones percibidas por el mismo interesado, pólizas de seguro suscritas por el mismo, reclamaciones presentadas con anterioridad, etc.

Asimismo, el SAA podrá solicitar del reclamante la aportación de aquellos datos o documentos que pudieran ser relevantes para la resolución de la reclamación.

5.2. Resolución del Servicio de Atención al Asegurado

Sobre la base de la normativa legal aplicable, de las disposiciones internas y de los procedimientos establecidos por el Consorcio, y teniendo en cuenta, en su caso, las resoluciones adoptadas en supuestos similares, el SAA dictará la resolución que proceda en relación con la reclamación presentada.

5.3. Finalización y notificación a los interesados

5.3.1. El expediente deberá finalizar en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada en el SAA.

5.3.2. La resolución final del expediente será siempre motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la solicitud planteada en cada queja o reclamación, fundándose en las disposiciones generales, en las cláusulas contractuales, las normas de transparencia y protección de la clientela aplicables, así como en las buenas prácticas y usos financieros, y, en particular, atendiendo al principio de equidad.

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



- 5.3.3. La resolución será notificada por el SAA a los interesados en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, a través del mismo medio en que hubiera sido presentada la queja o reclamación, o en la forma que haya designado el reclamante si se trata de medios 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.
- 5.3.4. Las resoluciones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones mencionarán expresamente la facultad que asiste al reclamante para, en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- 5.3.5. Cuando la reclamación presentada se refiera a un expediente cuya resolución final hubiera sido adoptada por el Comité de Dirección de la Entidad y el acuerdo del SAA suponga la admisión total o parcial de la reclamación, se dará cuenta del mismo al Comité de Dirección.
- 5.3.6. Con la finalidad de identificar áreas de mejora en la gestión de los siniestros, el SAA mantendrá informada y dará traslado de sus resoluciones a la Dirección General de la Entidad.

5.4. Ejecución de las resoluciones adoptadas

En los casos en que la resolución finalmente adoptada suponga la admisión total o parcial de la reclamación, el SAA dará traslado de la misma a la Unidad Gestora correspondiente para que, en un plazo no superior a quince días, proceda a su cumplimiento, efectuando, en su caso, la propuesta de pago de la indemnización.

6. ALLANAMIENTO Y DESISTIMIENTO

6.1. Allanamiento

Si a la vista de la queja o reclamación la Entidad rectificase su posición a satisfacción del asegurado en cualquier momento anterior a la conclusión de la tramitación, se procederá al archivo de la queja o reclamación sin más trámite.

6.2. Desistimiento

Los interesados podrán desistir de sus quejas y reclamaciones en cualquier momento. El desistimiento dará lugar a la finalización inmediata del procedimiento.



7. INFORME ANUAL

7.1 Informe anual

El SAA elaborará dentro del primer trimestre de cada año un informe explicativo del desarrollo de su función durante el ejercicio precedente con 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 de 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.

Un resumen de este informe se integrará en el informe anual de gestión de la Entidad

7.2 Recomendaciones

Las propuestas y recomendaciones que realice el SAA, una vez aprobadas por el Comité de Dirección, se incorporarán por las Unidades respectivas a su operativa habitual, modificándose, en su caso, los procedimientos o criterios existentes.

8. RELACIÓN CON EL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES.

El Jefe del Servicio de Atención al Asegurado atenderá los requerimientos y notificaciones que el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pueda efectuar al Consorcio de Compensación de Seguros en el ejercicio de sus funciones.

Asimismo y, de conformidad con la Disposición adicional segunda de la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, el Servicio de Atención al Asegurado se encargará de dar traslado al reclamante de copia de la documentación y alegaciones que el Consorcio de Compensación de Seguros haya formulado ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

9. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Expedientes en tramitación.

Los expedientes del SAA que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor de este



Reglamento, se resolverán por el procedimiento y por los órganos que se establecen en esta Instrucción.

SEGUNDA.- Cargos vigentes

El actual titular del Servicio de Atención al Asegurado continuará desempeñando las funciones atribuidas al mismo en esta Instrucción a partir de su entrada en vigor.

10. ENTRADA EN VIGOR

El presente Reglamento será de aplicación a partir del día 1 de julio de 2014.

A partir de su entrada en vigor queda sin efecto la Instrucción GE-10/2004 que aprobó el Reglamento del Servicio de Atención al Asegurado.

Madrid 30 de junio de 2014

LA PRESIDENTA

M^a Flavia Rodríguez-Ponga Salamanca