

Reglamento del Servicio de Atención al Cliente Onlygal Seguros y Reaseguros, S.A.U.

1. Objeto y ámbito de aplicación

El presente Reglamento para la Defensa del Cliente regula la actividad del Servicio de atención al cliente de la Aseguradora Onlygal Seguros y Reaseguros, S.A.U, con domicilio social en Plaza Europa 41-43 6ª planta, 08908 de Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

El Reglamento ha sido aprobado por el Consejero Delegado de la sociedad, quien tiene delegadas todas las facultades del Consejo de Administración.

2. Nombramiento del titular

2.1. Designación y cese

La designación y cese del titular del Servicio de Atención al Cliente (SAC) se adoptará por acuerdo del Consejo de Administración de la sociedad o de la persona que tenga atribuidas las facultades del órgano de administración.

2.2. Duración

El mandato de la persona titular del SAC será por tiempo indefinido.

El Consejo de Administración o, en su caso, el Consejero Delegado, podrán en cualquier momento destituir del cargo a su titular, designando en el mismo momento otra persona que le sustituya y fijando el periodo de su mandato.

En caso de designarse a un profesional externo vinculado a la aseguradora por contrato de arrendamiento de servicios, el mandato será por periodo determinado, que fijará el Órgano de Administración, por un periodo máximo de tres años. Al profesional designado se le exigirá exclusividad en el ejercicio de sus funciones respecto a onLygal, sin que en ningún caso pueda asumir la titularidad del Departamento o Servicio de Atención al Cliente de otras entidades aseguradoras.

2.3. Inelegibilidad e Incompatibilidad

No podrá ser elegido titular del Servicio de Atención al Cliente quien realice simultáneamente funciones en el departamento comercial, marketing, suscripción o tramitación de siniestros.

Tampoco podrán ejercer el cargo de titular del Departamento o Servicio de Atención al Cliente quién estuviera incapacitado para ejercer el comercio de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Código de Comercio.

El titular del Departamento o Servicio de Atención al Cliente cesará en el ejercicio de sus funciones cuando posteriormente a su nombramiento incurra en alguna de las causas de inelegibilidad anteriormente señaladas.

3. Presentación de la queja o reclamación

La presentación de escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, en cuyo caso, se podrá establecer que se ajuste a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

La aseguradora tendrá en sus oficinas impresos para la formulación de quejas y reclamaciones. No obstante, la aseguradora admitirá las quejas y reclamaciones que reúnan los requisitos que se señalan a continuación:

- Identificación del reclamante. En caso de servirse de representante deberá acreditar esta representación por cualquier medio admitido en derecho.
- Identificación de la póliza respecto a la que formula queja o reclamación
- Causas que motivan la queja o reclamación, pudiendo aportar en su caso, copia de cuantos documentos justifiquen su posición.
- Identificación de la oficina o departamento. En caso de que la queja o reclamación se refiriera a la actuación de un agente exclusivo, identificación de dicho agente.
- Solicitud que formula al Servicio de Atención al Cliente.
- Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha y firma.

4. Personas legitimadas para reclamar

Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, beneficiarios o herederos de cualquiera de los anteriores.

5. Cuestiones sometidas a conocimiento del Servicio de Atención al Cliente

El Servicio de Atención al Cliente conocerá de las quejas y reclamaciones que presenten las personas físicas o jurídicas legitimadas de acuerdo con el artículo 4.

Se entiende por Queja: Las presentadas con motivo de tardanzas, desatenciones o cualquier otro tipo de actuación que se observe en el funcionamiento de la aseguradora.

Se entiende por Reclamación: Las presentadas con motivo del incumplimiento por parte de la aseguradora de la póliza contratada, normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros, y que han supuesto un perjuicio para los intereses del reclamante que, por tal razón, solicita una restitución.

Se inadmitirán las quejas y reclamaciones cuando concurra alguno de los supuestos siguientes:

- Cuando haya transcurrido un plazo superior a dos años desde que el cliente tuvo conocimiento de los hechos causantes de la queja o reclamación o, en su caso, si hubiera prescrito la acción para reclamar judicialmente. Consecuentemente, se podrán presentar reclamaciones en los dos años siguientes desde que el cliente haya tenido conocimiento de los hechos causantes de la queja o reclamación.
- Cuando respecto a los mismos hechos se esté sustanciando causa civil o penal ante la jurisdicción ordinaria, ante una instancia administrativa o mediante arbitraje.

- Si se presenta recurso o se ejercita acción ante los órganos judiciales, administrativos o arbitrales, se procederá al archivo inmediato de la queja o reclamación.
- 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.
- 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.
- Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación a los mismos hechos.

Las quejas y reclamaciones que provengan de contratos de seguros por grandes riesgos, podrán tramitarse por este procedimiento, aun sin perjuicio de que tales reclamaciones no puedan ser luego conocidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

6. Admisión a trámite

Recibida la queja o reclamación en el Servicio de Atención al Cliente, este analizará si reúne los requisitos establecidos en el apartado 3 “Presentación” que son necesarios para su tramitación, acusando recibo de la misma y de su admisión en el plazo de 10 días.

En el supuesto de que falte alguno de los requisitos detallados anteriormente se emplazará por escrito al reclamante, mediante decisión motivada, para que en el plazo de 10 días naturales subsane el error o presente alegaciones al respecto, durante los cuales se interrumpe el plazo de un mes que tiene la aseguradora para resolver. En el escrito se le advertirá que, en caso de no recibir contestación se archivará la reclamación. Cuando el interesado hubiera contestado y se mantengan las causas de inadmisión, se comunicará al reclamante la decisión final adoptada.

7. Tramitación interna

El SAC podrá recabar en el curso de la tramitación de los expedientes, tanto del reclamante como de los distintos departamentos y servicios de la aseguradora afectada, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba considere pertinentes para adoptar su decisión, debiendo contestar ambas partes en un plazo máximo de diez días a contar desde el momento de la petición.

8. Finalización y notificación

El expediente finalizará en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada en el SAC.

Cuando no sea posible responder dentro del plazo previsto, el SAC deberá informar al reclamante sobre las causas del retraso e indicarle cuándo es probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación, no pudiendo superar los dos meses desde que la queja o reclamación fuera presentada en el SAC.

A los plazos indicados anteriormente se adicionarán los días en los que el expediente haya quedado en suspenso para la subsanación de errores en la presentación de la reclamación prevista en el artículo 6 de este Reglamento.

La decisión será motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la queja o reclamación, fundándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.

Se notificará a los interesados en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, por escrito que se remitirá por correo certificado con acuse de recibo.

Asimismo, podrá notificarse la decisión por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos 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 indicado de forma expresa el reclamante y, en ausencia de tal indicación, a través del mismo medio en que hubiera sido presentada la queja o reclamación.

Transcurrido el plazo previsto, se entenderá desestimada la queja o reclamación y el reclamante podrá formularlas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, salvo en contratos de seguros por grandes riesgos respecto de los cuales dicho Servicio no tiene competencias para resolver, de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre.

9. Desistimiento y Allanamiento

Los interesados podrán desistir de sus quejas y reclamaciones en cualquier momento, comunicándolo al Servicio de Atención al Cliente, que acusará recibo dando por finalizado sin más trámites el procedimiento, sin perjuicio de poder acordar excepcionalmente su continuación, motivadamente, en los casos previstos en el artículo 14.2 de la Orden ECO 734/2004 de 11 de marzo.

A la vista de la queja o reclamación la Aseguradora podrá rectificar la decisión tomada, regularizando la situación con el reclamante a satisfacción de este, de conformidad con el artículo 14.1 de la aludida Orden.

10. Relación con el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

La Aseguradora atenderá, por medio del Departamento o Servicio de Atención al Cliente los requerimientos que el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pueda efectuarle en el ejercicio de sus funciones, en los plazos que este determine.

11.- Informe Anual

El Titular del Departamento o Servicio de Atención al Cliente presentará ante el Consejo de Administración o al Consejero Delegado para el conocimiento del referido Consejo, un informe explicativo con el contenido previsto en la Orden ECO/734/2004.

En la Memoria Anual de la Aseguradoras se recogerá un resumen del Informe.

12. - Vigencia

El presente Reglamento entró en vigor el día veinticuatro de julio de 2004, siendo su última modificación la de fecha 21 de noviembre de 2016.