

# **REGLAMENTO DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

## **1. Objeto y ámbito de aplicación**

El presente Reglamento para la Defensa del Cliente regula la actividad del Departamento de atención al cliente de la entidad Hércules Salud Seguros, S.A. y ha sido aprobado por el Consejero Delegado.

## **2. Nombramiento del titular**

### **2.1. Designación y cese**

La designación y cese del titular del SAC se adoptará por acuerdo del Consejero Delegado.

### **2.2. Duración**

El mandato será por tiempo indefinido.

### **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 cualesquiera 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 entidad tendrá en sus oficinas impresos para la formulación de quejas y reclamaciones. No obstante, la entidad 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 avalen su posición.
- Identificación de la Delegación, departamento o agente, si su queja o reclamación trae causa de su actuación.
- 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.

La entidad deberá acusar recibo de las reclamaciones por escrito.

#### **4. Personas legitimadas para reclamar**

Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes 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.

Sé inadmitirán las quejas y reclamaciones cuando concurra alguno de lo 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. No obstante, será admitida la queja o reclamación presentada transcurridos los citados dos años en el supuesto de que el plazo de prescripción judicial fuera superior.

- 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 pretenda tramitar como queja o reclamación, recursos o acciones distintos cuyos conocimientos 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.

La inadmisión de la queja o reclamación será comunicada al interesado mediante decisión motivada en la cual se le ofrecerá un plazo de diez días naturales para alegar lo que estime oportuno contra la inadmisión. Si las alegaciones fueran desestimadas dicha resolución final deberá ser notificada al asegurado.

## **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.

En el supuesto de que falte alguno de los requisitos detallados anteriormente se emplazará por escrito al reclamante para que el plazo de 10 días naturales subsane el error, durante los cuales se interrumpe el plazo de dos meses que tiene la entidad para resolver. En el escrito se le advertirá que, en caso de no recibir contestación se archivará la reclamación.

## **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 entidad afectada, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren 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. Allanamiento y desistimiento**

El expediente finalizará en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada en el SAC, a los que 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.

La decisión será notificada a los interesados 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, 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 Comisionado para la Defensa del Asegurado.

Los interesados 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 interesado se refiere. No obstante, el defensor del cliente podrá acordar la continuación del mismo en el marco de su función de promover el cumplimiento de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros.

## **9. Relación con el Comisionado para la Defensa del Asegurado**

La Entidad atenderá, por medio del Departamento o Servicio de Atención al Cliente los requerimientos que el Comisionado pueda efectuarle en el ejercicio de sus funciones, en los plazos que éste determine.

## **10. Informe Anual**

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

En la memoria Anual de la Entidad se recogerá un resumen del Informe.

## HOJA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

### AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE LA ENTIDAD HERCULES SALUD SEGUROS, S.A.

Domicilio: Cuesta de la Palloza, 6 Bajo  
15006 – A Coruña

Fax: 981 230242

Correo: [atencionalcliente@herculessalud.com](mailto:atencionalcliente@herculessalud.com)

### HOJAS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

D./D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nº Teléfono: \_\_\_\_\_

Nº Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Póliza nº: \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condición del reclamante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Tomador
- Asegurado
- Beneficiario

- Tercero Perjudicado
- Causahabiente del
- Representante legal del

¿Qué hechos han dado lugar a que Vd. presente esta queja o reclamación?

Expresa a continuación si su queja o reclamación se refiere a una Delegación o a un Departamento de la entidad, o bien a un agente o corredor de seguros.

**Manifieste que resultado pretende obtener tras la presentación de la queja o reclamación**

Documentos que adjunta:

El reclamante manifiesta que la materia objeto de la queja o reclamación no está siendo objeto de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Firma: