



MUTUALIDAD ABOGACÍA

REGLAMENTO
DE CONSTITUCIÓN
Y FUNCIONAMIENTO
DEL DEPARTAMENTO
DE RECLAMACIONES Y
ATENCIÓN AL ASEGURADO



MUTUALIDAD ABOGACÍA

**REGLAMENTO
DE CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO
DEL DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES
Y ATENCIÓN AL ASEGURADO**

Aprobados por la Junta de Gobierno celebrada el 25 de junio
de 2004

Edición octubre de 2018

TITULO PRELIMINAR

Artículo 1. Legislación aplicable **P. 6**

TITULO PRIMERO OBJETO, NATURALEZA Y SEDE

Artículo 2. Objeto. **P. 6**

Artículo 3. Sede del Departamento **P. 6**

TITULO SEGUNDO DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS

Artículo 4. Competencias **P. 6**

Artículo 5. Dotación **P. 6**

Artículo 6. Funciones **P. 6**

TITULO TERCERO DE LA COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO

Artículo 7. Composición **P. 7**

Artículo 8. Elección **P. 7**

Artículo 9. Funciones **P. 8**

TITULO CUARTO DEL PROCEDIMIENTO Y TRÁMITE

Artículo 10. Objeto de reclamaciones **P. 8**

Artículo 11. Plazo de presentación
de Reclamaciones **P. 8**

Artículo 12. Presentación
de Reclamaciones **P. 8**

Artículo 13. Documentación a presentar **P. 8**

Artículo 14. Plazos de resolución **P. 9**

Artículo 15. Acuse de recibo **P. 9**

Artículo 16. Archivo durante
la tramitación **P. 9**

Artículo 17. Denegación de admisión
a trámite **P. 9**

Artículo 18. Desistimiento
por el interesado **P. 10**

Artículo 19. Resolución previa a favor
del interesado **P. 10**

Artículo 20. Notificación
de la resolución **P. 10**

Artículo 21. Tramitación **P. 10**

TITULO QUINTO DE LOS INFORMES Y MEMORIAS

Artículo 22. Informe anual **P. 10**

Artículo 23. Resumen anual **P. 10**

Artículo 24. Otros informes **P. 11**

TITULO SEXTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN

Artículo 25. Deber de información **P. 11**

DISPOSICIÓN FINAL **P. 11**

TITULO PRELIMINAR

Artículo 1. Legislación aplicable

De conformidad en lo dispuesto en la Ley 44/02, de 22 de Noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por el 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 Fondo de Pensiones, y 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, la Mutualidad General de la Abogacía, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, constituye el Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado, que se regirá por las disposiciones contenidas en el presente Reglamento, las normas citadas anteriormente y demás preceptos que le sean de aplicación.

El presente Reglamento viene a regular, en el marco normativo indicado, la composición y funcionamiento del Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado.

TITULO PRIMERO. OBJETO, NATURALEZA Y SEDE

Artículo 2. Objeto

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado tiene como misión la recepción y resolución de las quejas o reclamaciones presentadas por los mutualistas y/o beneficiarios, referentes a los servicios prestados por la Mutualidad, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Artículo 3. Sede del Departamento

La Sede del Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado se encuentra ubicada en el domicilio social de la Mutualidad, Serrano nº 9 - 28001 Madrid.

TITULO SEGUNDO. DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS

Artículo 4. Competencias

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

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 usuario de los servicios de la entidad o de terceros perjudicados, siempre que tales quejas y reclamaciones se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos; 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. Dotación

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado está compuesto por un órgano de decisión que es la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado y el servicio dependiente de la misma, que se constituye como unidad administrativa.

El Departamento que será autónomo en los asuntos de su competencia, tendrá capacidad para gestionar los recursos humanos, materiales, técnicos y organizativos que se le asignen para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 6. Funciones

Serán funciones del Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado:

- Todas aquellas que le atribuyen los Estatutos de la Mutualidad.
- Atender las quejas y reclamaciones que sus asegurados les presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

- Resolver dichas quejas y reclamaciones en plazo no superior a dos meses desde la recepción de las mismas.
- Adoptar las medidas oportunas para garantizar que los procedimientos previstos para la transmisión de la información requerida por el Departamento al resto de servicios de la organización, respondan a los principios de rapidez, seguridad, eficacia y coordinación.
- Proponer a los órganos competentes de la Mutualidad la dotación suficiente de personal y material para un adecuado cumplimiento de sus funciones.
- Elevar a la Junta de Gobierno una memoria anual de la actividad desarrollada.
- Emitir los informes que le corresponda de acuerdo con la legislación vigente y con los Estatutos de la Mutualidad.
- Fomentar la coordinación con otros servicios de la Mutualidad para que le sean facilitadas cuantas informaciones solicite en relación con el ejercicio de sus funciones.
- Elaborar su propio Reglamento, que será aprobado por la Junta de Gobierno.
- Cualesquiera otras funciones orientadas al adecuado cumplimiento de sus fines.

TITULO TERCERO. DE LA COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO

Artículo 7. Composición

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado está integrado por:

- La Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado, que estará compuesta por tres vocales de la Junta de Gobierno de la Mutualidad, uno de los cuales la presidirá. Serán personas con honorabilidad comercial y profesional y con experiencia y conocimiento adecuados para ejercer sus funciones.

Asistirá a las Reuniones de la Comisión el responsable administrativo del Servicio de Reclamaciones y Atención al Asegurado que actuará de Secretario.

- El Servicio de Reclamaciones y Atención al Asegurado es el órgano instructor y ejecutivo de la Comisión, al que se encomienda también las tareas de documentación y archivo. Como unidad administrativa está compuesta por un responsable para la dirección del mismo, nombrado por la Junta de Gobierno y el personal necesario para el buen desarrollo de sus cometidos.

Artículo 8. Elección

- La designación por la Junta de Gobierno de la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado, será comunicada al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones.

Los miembros de la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado no estarán sujetos a otros requisitos e incompatibilidades que las previstas en la normativa general aplicable en cada caso.

La duración del cargo de los vocales de la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado estará ligada a su mandato como miembros de la Junta de Gobierno, cesando en el cargo cuando cesen como vocales de la Junta de Gobierno.

- El responsable del Servicio será designado por la Junta de Gobierno, tendrá las atribuciones necesarias para la gestión de las competencias que se describen en el artículo siguiente, así como aquellas que le delegue la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado o la Junta de Gobierno de la Mutualidad.

Será incompatible el cargo de responsable administrativo del Servicio de Reclamaciones y Atención al Asegurado con otro cargo en cualquiera de los Servicios de la Entidad.

La duración del cargo de responsable administrativo del Servicio será ilimitada hasta que la propia Junta de Gobierno decida reelegir un nue-



vo responsable. No obstante, cesará en su cargo por baja en la Mutualidad como trabajador.

Artículo 9. Funciones

- a) Son competencias de la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado:
 - Ostentar la representación del Departamento.
 - Garantizar la información a la Junta de Gobierno de cuantos asuntos tenga conocimiento y afecte a los intereses del mismo
 - Atender los requerimientos que el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones pueda efectuar en el ejercicio de sus funciones.
 - Cumplir o hacer cumplir cualquier otra función que el Departamento tenga impresa estatutaria o reglamentariamente.
- b) Son competencias del Responsable del Servicio:
 - Coordinar las actividades del mismo.
 - Elaborar anualmente los informes y estadísticas, así como toda iniciativa para el mejor funcionamiento del mismo.
 - Dirigir la gestión administrativa del mismo.
 - Ejercer la dirección funcional del personal a su cargo.
 - Informar al Director de la Mutualidad de las necesidades del Departamento para el cumplimiento de sus funciones.
 - Custodiar o hacer custodiar y tramitar la documentación del Departamento.

**TITULO CUARTO.
DEL PROCEDIMIENTO Y TRÁMITE**

Artículo 10. Objeto de reclamaciones

Los mutualistas o terceros afectados pueden presentar al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado quejas o reclamaciones relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Artículo 11. Plazo de presentación de Reclamaciones

El plazo máximo para la presentación de las reclamaciones será de 2 años a contar desde que el reclamante tuvo conocimiento del hecho causante de la reclamación.

Artículo 12. Presentación de Reclamaciones

Las reclamaciones o quejas deberán ser presentadas por escrito en el Registro de las oficinas de la Mutualidad, personalmente o mediante representación en soporte papel, mediante correo electrónico o a través de la página web; éstas serán remitidas al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado en el menor plazo posible.

La dirección postal a la que se deberán remitir los escritos es:

Serrano nº 9, 28001 Madrid

La dirección de correo electrónico es:

buzon@mutualidadabogacia.com

La página web de la Mutualidad es:

www.mutualidadabogacia.com

Se faculta expresamente a la Comisión de Reclamaciones y Atención al Asegurado para que pueda variar tanto el número de fax como la dirección de correo electrónico.

Se entenderá automáticamente modificada la dirección postal cuando se produzca el cambio de domicilio social de la Mutualidad.

Artículo 13. Documentación a presentar

En las reclamaciones o quejas se hará constar:

- a) Nombre, apellidos y domicilio del interesado 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 al registro público para las jurídicas.
- b) Número de mutualista y referencia del Reglamento de prestaciones por el que se encuentra ligado a la Mutualidad, número de certificado o de póliza.
- c) Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.
- d) Servicio o servicios donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- e) 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.

- f) 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.

Artículo 14. Plazos de resolución

El Departamento dispondrá de un plazo de un mes, a contar desde la presentación ante ellos de la queja o reclamación, para dictar un pronunciamiento, pudiendo el reclamante a partir de la finalización de dicho plazo acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones.

Artículo 15. Acuse de recibo

Las quejas o reclamaciones presentadas ante el Registro de la Mutualidad, serán remitidas al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado en el menor plazo posible, siempre que no hayan sido previamente resueltas a favor del Mutualista por el Servicio al que se dirijan.

Estas reclamaciones sólo se admitirán a trámite una vez, no pudiendo reiterarlas el interesado ante distintos órganos de la Mutualidad.

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado remitirá en un plazo máximo de tres días, un acuse de recibo por escrito en el que informará del 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. Archivo durante la tramitación

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 los errores a que se refiere el párrafo anterior no se incluirá en el cómputo del plazo de un mes previsto en el artículo 14 del presente Reglamento.

Artículo 17. Denegación de admisión a trámite

Serán causas de inadmisión por falta de competencia por parte del Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado:

- 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 aseguradoras o prestacionales 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 ya resueltas, presentadas por el mismo mutualista 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 en la reclamación o queja se planteen controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente pueda ser realizada en vía judicial.
- g) Cuando la reclamación o queja se fundamente en una controversia cuya resolución requiera necesariamente la valoración de expertos con conocimientos especializados en una materia técnica ajena a la normativa de transparencia y protección de la clientela o a las buenas prácticas y usos financiero.



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, el Departamento deberá abstenerse de tramitar la primera.

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 las alegaciones que estime oportunas. En todo caso, formuladas o no alegaciones, se le comunicará la decisión final adoptada.

Artículo 18. Desistimiento por el interesado

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 reclamación o queja del interesado se refiera.

La comunicación del desistimiento, deberá realizarlo el interesado por escrito, indicando la referencia del expediente que el Departamento le haya asignado y comunicado en el acuse de recibo.

Artículo 19. Resolución previa en favor del interesado

Si a la vista de la queja o reclamación, y antes de resolver el expediente, la entidad rectificase su situación con el reclamante a satisfacción de éste, deberá comunicarlo al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado y justificarlo documentalmente, salvo que existiere desistimiento expreso del interesado. En tales casos, se procederá al archivo de la queja o reclamación sin más trámite.

Artículo 20. Notificación de la resolución

La decisión será notificada a los interesados en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, por escrito y en ningún caso rebasando 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 mutualista para, en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones.

Artículo 21. Tramitación

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado podrá recabar en el curso de la tramitación de los expedientes, tanto del reclamante como de otros Servicios de la Mutualidad, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión. Quedando obligados estos Servicios a entregar la documentación solicitada de manera que el Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado pueda llevar a cabo sus funciones de manera objetiva y dentro del plazo de resolución.

TÍTULO QUINTO. DE LOS INFORMES Y MEMORIAS

Artículo 22. Informe anual

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado deberá, dentro del primer trimestre de cada año, presentar ante la Junta de Gobierno 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 Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado deberá redactar un resumen del informe anual, que se integrará en la memoria anual de la Mutualidad.

Artículo 24. Otros informes

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado realizará cuantos informes y aclaraciones le solicite la Junta de Gobierno.

TÍTULO SEXTO. DEL DEBER DE INFORMACIÓN

Artículo 25. Deber de información

El Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado tiene el deber de informar en su domicilio postal, así como en su página web en el caso de contratación vía telemática, de los siguientes extremos:

- a) La existencia del Departamento, 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 Departamento.
- c) Hacer referencia al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, o del Organismo Autónomo correspondiente, con su dirección postal y electrónica; y de la necesidad de agotar la vía del Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado para poder formular las quejas y reclamaciones ante ellos.
- d) Hacer 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.
- Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por el 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 Fondo de Pensiones.
- 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.

DISPOSICIÓN FINAL

Se autoriza expresamente a la Comisión de Reclamaciones y Atención al asegurado para realizar las interpretaciones y adaptaciones necesarias para la recta aplicación del presente Reglamento y de las normas de que trae causa.



MUTUALIDAD ABOGACÍA

www.mutualidadabogacia.com

sam@mutualidadabogacia.com | T. 914 35 24 86

