

REGLAMENTO DE PRESTACIONES

CAPITULO SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO Y DEFENSOR EL ASEGURADO. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN, TRAMITACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES

Artículo -Procedimiento

La presentación de las quejas y reclamaciones podrán efectuarse, personalmente o mediante representación, a través de un escrito dirigido al Servicio de Atención al Asegurado de nuestras oficinas centrales en Madrid.

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; número del documento nacional de identidad, para las personas físicas y datos referidos a registro público para las jurídicas.
- b) Número de póliza.
- c) Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que solicita pronunciamiento.
- d) Oficina, departamento, centro sanitario concertado o servicio 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 o firma.

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

El plazo para la presentación de las quejas y reclamaciones finalizará el mismo día en el que se extingan los derechos a las prestaciones aseguradas.

Artículo - Admisión a Trámite

Recibida la queja o reclamación en el Servicio de Atención al Asegurado, éste deberá facilitar una solución que satisfaga al reclamante y de no conseguirlo le facilitará cuanta información precise para dirigir su queja o reclamación al Defensor del Asegurado, todo ello sin perjuicio de que el cómputo del plazo máximo de terminación comenzará a contar desde la presentación de la queja o reclamación.

Una vez presentada la queja o reclamación, se acusará recibo de la misma por escrito dejando constancia de la fecha de la presentación y procediéndose a la apertura de su expediente.

El asegurado sólo estará obligado a presentar por escrito, su queja o reclamación una sola vez sin que se le deba reiterar la tramitación ante distintos órganos de la Mutualidad.

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

La admisión a trámite podrá ser rechazada 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 ajusten a la finalidad social de la Mutualidad, al motivo propio del seguro o a los derechos que corresponden al asegurado como beneficiario del mismo.
- 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 hubiera transcurrido el plazo de presentación establecido.

Cuando se entienda no admisible a trámite la queja o reclamación, se pondrá de manifiesto al interesado, dándole un plazo de diez días naturales para que pueda presentar sus alegaciones.

Artículo - Resolución.

Una vez tramitado el expediente sobre la queja o reclamación, el Servicio de Atención al Asegurado, o en su caso el Defensor del Asegurado, deberán finalizarlo en el plazo de dos meses, a contar desde la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada.

La decisión, argumentada con las conclusiones y fundamentada en las cláusulas contractuales, será notificada al interesado por escrito en un plazo máximo de diez días naturales.