



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

REGLAMENTO PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO DE “AME ASISTENCIA MEDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.”,

CAPITULO I

Artículo 1. Objeto

El presente reglamento tiene por objeto regular la actividad del Departamento de Atención al Asegurado de la entidad “AME ASISTENCIA MEDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.”.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Las obligaciones de este reglamento están 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 y terceros perjudicados de los servicios prestados por la entidad “AME ASISTENCIA MEDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.”, 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.

Está expresamente excluido del presente reglamento, las quejas o reclamaciones derivadas o como consecuencia de actos realizados por profesionales o centros médicos, que pudieren suponer errores de naturaleza médica.

CAPITULO II

Artículo 3. Departamento de Atención al asegurado

1. Se crea el Departamento de Atención al Asegurado cuyo titular será designado por el órgano de administración de la sociedad.
2. Corresponde al Departamento de Atención al Asegurado instruir los expedientes para atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus Asegurados, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de ellos, les presenten relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.
3. El Departamento de Atención al Asegurado contará con los medios humanos, materiales, técnicos y organizativos adecuados para atender y resolver las quejas y reclamaciones que los Asegurados de la entidad presenten.

Artículo 4. Requisitos y plazo

1. El titular del Departamento de Atención al Asegurado reunirá los requisitos de honorabilidad comercial y profesional y contará con conocimiento y experiencia adecuados para ejercer sus funciones, en los términos previstos en el artículo 5 de la Orden Ministerial de 11 de marzo de 2004.
2. Su mandato será de cinco años, pudiendo ser renovado una o más veces por igual plazo.

Artículo 5. Inelegibilidad

El órgano de administración para designar al titular deberá abstenerse de escoger una persona en la que no concurren los requisitos de honorabilidad comercial y profesional, conocimiento y experiencia para el ejercicio de sus funciones, y que concurren alguna de las causas de incompatibilidad previstas en el presente reglamento.



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

Artículo 6. Incompatibilidades

No podrán desempeñar las funciones de titular del Departamento de Atención al Asegurado quienes pertenezcan o hayan pertenecido al órgano de administración de la entidad.

Artículo 7. Cese

El titular del Departamento de Atención al Asegurado cesará en sus funciones por cumplimiento del plazo, desistimiento, imposibilidad física de desempeño de sus funciones, pérdida de su honorabilidad comercial y profesional o grave incumplimiento de sus deberes.

Artículo 8. Competencias

1. Corresponderá al Departamento de Atención al Asegurado la instrucción y resolución de los expedientes que se tramiten para atender y resolver las quejas y reclamaciones que los Asegurados de “AME ASISTENCIA MEDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.” o los terceros perjudicados presenten relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

2. Las decisiones del Departamento de Atención al Asegurado deberán producirse en el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación o queja. Cuando sean favorables al reclamante vincularán a la entidad aseguradora.

3. Finalizado dicho plazo el Asegurado podrá acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado de Servicios Financieros que corresponda.

CAPITULO III

Artículo 9. Plazo de Presentación

A los efectos de lo previsto en la Orden ECO/734/2004, los Asegurados podrán presentar reclamaciones o quejas durante los dos años posteriores al momento en que tuvieron conocimiento de los hechos causantes de la reclamación o queja.

Artículo 10. Colaboración

Los departamentos de la entidad aseguradora prestarán todo su apoyo al Departamento de Atención al Asegurado en la tramitación y resolución de los expedientes de reclamaciones y quejas, suministrando en especial toda la información requerida en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 11. Forma, contenido y lugar de la presentación de las quejas y reclamaciones

1. La presentación de las quejas y reclamaciones podrá efectuarse, personalmente o mediante representación en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos 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 o de las disposiciones legales que en el futuro las sustituyan.

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



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

- 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) Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.
- c) Oficina u oficinas, 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.

3. Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante Departamento de Atención al Asegurado, o en cualquier oficina abierta al público de la entidad, así como en la dirección de correo electrónico habilitada a tal fin.

Artículo 12. Admisión a trámite

1. Recibida la queja o reclamación, en el caso de que no hubiese sido resulta a favor del Asegurado por el propio servicio objeto de la queja o reclamación, ésta será remitida al Departamento de Atención al Asegurado. Lo establecido en el párrafo anterior se entenderá sin perjuicio de que el cómputo del plazo del plazo máximo de terminación comenzará a contar desde la presentación de la queja o reclamación en el Departamento de Atención al Asegurado. En todo caso, se deberá acusar recibo por escrito y dejar constancia de la fecha de presentación a efectos del cómputo de dicho plazo.

Recibida la queja o reclamación por el Departamento de Atención al Asegurado, se procederá a la apertura de expediente.

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

2. Si no se encontrase suficientemente acreditada la identidad del reclamante, o no pudiesen establecerse con claridad los hechos 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 dos meses previsto en el artículo 8 del Reglamento.

3. 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 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.



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

c) 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 establecidos en el apartado dos del artículo 2 de la Orden Eco 734/2004.

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 para la presentación de quejas y reclamaciones que establezca el reglamento de funcionamiento.

f) 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, deberá abstenerse de tramitar la primera.

4. 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.

Artículo 13. Tramitación

El Departamento de Atención al Asegurado recabará en el curso de la tramitación de los expedientes, tanto del reclamante como de los distintos departamentos y servicios de las entidades afectadas, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba considere pertinentes para adoptar su decisión. Los departamentos y servicios contestarán a los requerimientos en el plazo improrrogable de cinco días.

Artículo 14. Allanamiento y desistimiento

1. Si a la vista de la queja o reclamación, la entidad rectificase su situación con el reclamante a satisfacción de éste, deberá comunicarlo a la instancia competente y comunicarlo documentalmente, salvo que existiere desistimiento expreso del interesado. En tales casos, se procederá al archivo de la queja o reclamación sin más trámite.

2. 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.

Artículo 15. Finalización y notificación

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 Departamento de Atención al Asegurado

2. 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 del Asegurado 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, deberá aportarse las razones que lo justifiquen.

3. La decisión será notificada a los interesados en el plazo de 10 días naturales a contar desde su fecha por escrito.

4. Las decisiones 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



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

pronunciamiento, acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado de Servicios Financieros que corresponda.

CAPITULO IV

Artículo 16. Relación con los Comisionados.

“AME ASISTENCIA MEDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.” atenderán los requerimientos que los Comisionados para la Defensa del Asegurado de Servicios Financieros puedan efectuarles en el ejercicio de sus funciones a través del Responsable del el Departamento de Atención al Asegurado.

Artículo 17. Informe Anual.

Dentro del primer trimestre de cada año el Departamento de Atención al Asegurado presentará ante el órgano de administración de la entidad un informe explicativo del desarrollo de su función durante el ejercicio precedente, que 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 sugerencia derivadas de su experiencia, con vistas a una mejor consecución de los fines que informan su actuación.

Disposición Adicional. Recepción de quejas o reclamaciones por actos realizados por profesionales o centros médicos concertados que pudieren suponer errores de naturaleza médica.

1. En el caso de recibir quejas o reclamaciones por actos realizados por profesionales o centros concertados, que pudieren suponer errores de naturaleza médica, pese a estar expresamente excluido del presente reglamento, el departamento de atención al asegurado atenderá dichas quejas de conformidad a lo expresado en la presente adicional, sin afectar a dichas quejas el contenido del resto de disposiciones del presente reglamento.
2. Recibida la queja o reclamación por el Departamento de Atención al Asegurado, se procederá a la apertura de expediente.
3. Si no se encontrase suficientemente acreditada la identidad del reclamante o del profesional o centro médico sujeto de reclamación, o no pudiesen establecerse con claridad los hechos 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.
4. El Departamento de Atención al Asegurado remitirá en el curso de la tramitación de los expedientes, copia de la citada queja al profesional o centro sanitario sujeto de la reclamación, solicitando la oportuna explicación de dichos hechos.
5. Una vez recibida la oportuna respuesta a la queja, se remitirá la misma al asegurado, advirtiéndole al mismo de la finalización del expediente, y de las vías administrativas o judiciales de actuación.



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

6. Caso de que pasado mes desde la notificación al profesional o centro sanitario no se tuviere respuesta alguna del mismo, se le remitirá nuevamente una carta solicitando las oportunas explicaciones en relación con la queja del asegurado. Si pasado un nuevo mes, no se recibiera respuesta alguna por parte del centro o profesional sanitario, se dará por finalizado el expediente, previa comunicación al asegurado de dicha circunstancia y con la advertencia de las vías administrativas o judiciales de actuación.

Disposición Final

El presente Reglamento entrará en vigor a partir de su aprobación por el Organo de Administración de la entidad.