

**REGLAMENTO
DEL DEPARTAMENTO DE ATENCION AL ASEGURADO**

MURIMAR VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Artículo 1.- Naturaleza y objeto

El Consejo de Administración constituye el Departamento de atención al cliente como órgano externo que recibirá, evaluará y resolverá sobre todas las quejas o reclamaciones que los asegurados o cualesquiera otros clientes puedan formular a la Compañía en cuestiones referentes a siniestros comprendidos en los distintos ramos de actuación de la misma.

Dicho Departamento se regirá por el presente Reglamento, que será aprobado por el Consejo de Administración.

Artículo 2.- Composición

El Departamento estará integrado por una persona con honorabilidad comercial y profesional, designada por el Consejo de Administración a propuesta del Director General, que habrá de actuar de forma completamente autónoma respecto de los servicios comerciales y operativos de la organización de la Aseguradora, y con los conocimientos técnicos suficientes para el desempeño de su función.

No podrá ser elegido quien tenga interés económico o laboral con la Compañía o alguna relación de dependencia, o se halle incurso en cualquiera de las causas de inelegibilidad o incompatibilidad señaladas legal o estatutariamente para los consejeros.

Artículo 3.- Duración

La designación de la persona que haya de actuar en el Departamento de atención al cliente, tendrá una duración de dos años renovables por períodos de igual duración. No obstante, podrá ser removido del cargo por decisión motivada del Consejo de Administración.

Artículo 4.- Competencia

Corresponderá al Departamento de atención al cliente la aceptación y tramitación de las quejas y reclamaciones de los mutualistas en relación con los siniestros que se produzcan, así como las correspondientes a los derechos y obligaciones derivadas de la póliza o relación contractual existente con Murimar Vida Seguros y Reaseguros S.A.

Artículo -5.- Reclamación o queja

El procedimiento se iniciará tras la presentación de las quejas o reclamaciones que formule el asegurado, que podrá hacerlo personalmente o por medio de representante y en cualquier forma de comunicación, incluso por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.

A tales efectos, el asegurado o su representante, podrán formular su queja a la siguiente dirección de correo electrónico: **aaregahotmail.com**

Dicha reclamación deberá incluir sus datos de identificación personal, así como su domicilio y, en caso de actuar en calidad de representante, acreditar el mandato, y el número de identificación de su Documento Nacional de Identidad o del que corresponda a las sociedades o personas jurídicas.

Igualmente, deberá contener la especificación clara de los hechos en base a los cuales se formula la reclamación, con indicación concreta de la petición o peticiones que formule.

Asimismo deberá indicar, de forma expresa, que la reclamación que realiza no se halla sujeta a un procedimiento administrativo, judicial o arbitral en España o fuera de ella, o al menos, que no tiene conocimiento de ello.

La reclamación deberá acompañar los documentos de que disponga el solicitante en relación con el objeto de su reclamación, debiendo estar firmada con indicación de lugar y fecha de la misma.

En ningún caso será admisible queja o reclamación alguna transcurridos dos años computados desde la fecha en que el reclamante haya tenido conocimiento de los hechos que motivan su reclamación.

Artículo 6.- Procedimiento

Recibida la queja o reclamación, se acusará recibo por escrito al cliente con indicación expresa de la fecha de presentación de su queja y el Departamento recabará del solicitante la información, documentos o complemento de ambas que fueren precisos para la adecuada valoración y resolución de la queja o reclamación planteadas.

Con dicha documentación se incoará un expediente individualizado por cada queja, debidamente numerado y que quedará bajo la custodia del responsable del Departamento.

Recabará igualmente de la sección que corresponda de la Aseguradora la información o documentación igualmente necesaria para la instrucción del expediente, pudiendo solicitar también la información de terceros que fuese conveniente para ello.

En el supuesto de que no quedase suficientemente acreditada la de la entidad del reclamante o no quedase claramente determinados los hechos objeto de la queja o reclamación, se requerirá al solicitante para que en el plazo de 10 días naturales, aporte la documentación que se le requiera para ello, apercibiéndole de que en caso de no hacerlo, se archivará su reclamación sin más trámite.

Cuando se disponga de los datos necesarios para la justa resolución de la reclamación, se formulará resolución escrita que se notificará al solicitante, así como a la dirección ejecutiva de la Aseguradora y, en su caso, al Consejo de Administración, atendiendo total o parcialmente o rechazando la queja o reclamación formuladas.

Cualquier comunicación que se realice durante la instrucción del expediente, deberá formalizarse por escrito.

Desde la entrada en las oficinas de la Compañía o del titular del Departamento del Defensor del Asegurado de la reclamación o queja hasta la resolución final que recaiga en el expediente instruido al efecto, no deberá mediar un plazo superior a dos meses, en cuyo cómputo no se incluirá el plazo o plazos en los que se requiera al reclamante para la aportación de la documentación a que se refiere el artículo 12.2 de la Orden del Ministerio de Economía 734/2004 de 11 de Marzo.

Los interesados podrán desistir de sus quejas y reclamaciones en cualquier momento, lo que dará lugar a la finalización inmediata del procedimiento. No obstante, el Departamento de Atención al Asegurado podrá acordar la continuación del mismo con objeto de promover el cumplimiento de la

normativa de transparencia y protección de los asegurados y de las buenas prácticas y usos financieros.

Artículo 7.- Instancia posterior

Si la queja fuera rechazada, que agotará la vía del procedimiento ante el servicio de atención al cliente, podrá elevar la reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones y si le conviniere, ante la instancia judicial o arbitral que proceda, que será indicada al asegurado reclamante.

Igualmente podrá acudir a dicho Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, en el plazo de dos meses, en caso de desconformidad con la resolución o en ausencia de la misma.

Artículo 8.- Inadmisión a trámite de la queja

Solo podrá rechazarse la admisión a trámite de las quejas y reclamaciones en los siguientes casos:

a.- Cuando se omitan datos esenciales, no subsanables para la tramitación, 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 de administración, 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 concretas o no se ajusten a los requisitos establecidos en el apartado 2 del artículo 2 de la Orden del Ministerio de Economía 734/2004 de 11 de Marzo.

d.- Cuando se formule quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación a los mismos hechos.

e.- Cuando, la queja o reclamación se formule transcurridos dos años desde la fecha de los hechos que la motivan o del conocimiento de los mismos por el reclamante.

Rechazada la admisión a trámite de la queja o reclamación, se comunicará al reclamante mediante escrito motivado dándole el plazo de 10 días naturales para que, si le conviniere, presente alegaciones contra la inadmisión.

Recibidas éstas y a la vista de todo lo actuado, el departamento de atención al cliente revocará la in admisión o la mantendrá, notificándolo en todo caso al reclamante.

Artículo 9.- Concurrencia de procesos

Cuando se tenga conocimiento de que simultáneamente a la formulación de la queja o reclamación existe o ha existido un procedimiento administrativo judicial o arbitral sobre los mismos hechos o sobre la misma razón de pedir que la que constituye la queja, ésta deberá ser in admitida a trámite o rechazada desde el momento en que se tiene conocimiento de tales procesos.

Artículo 10.- Cooperación

Será obligación de todos los servicios, departamentos y demás elementos de la organización de la Aseguradora, colaborar plenamente con el Departamento de Atención al Asegurado, facilitándole los datos, informes o documentación en general que se les solicite y prestando cuanta ayuda o información se precise para la mejor resolución de la reclamación o queja formulada.

Artículo 11.- Resolución

La queja o reclamación será decidida en el plazo legalmente previsto mediante resolución motivada que deberá contener los requisitos señaladas en el artículo 15.2 de la Orden ECO 734/2004 de 11 de Marzo, y basándose en unas conclusiones claras sobre la reclamación planteada, con fundamento en las cláusulas contractuales, las normas de transparencia de protección de la clientela que sean 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 que sean similares, deberán inidcarse las razones que lo justifiquen.

La resolución será notificada a los interesados en el plazo de diez días naturales contados 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 59/3003 de 19 de Diciembre de firma electrónica, según haya designado de forma expresa el

reclamante, en ausencia de tal indicación, a través del mismo medio en que hubiera sido presentada la queja.

Artículo 12.- Información y publicidad

La Aseguradora pondrá a disposición de los clientes o asegurados, tanto en la sede de la misma, como en las oficinas o agencias abiertas al público, la información correspondiente a la existencia del Departamento de Atención al Asegurado así como el presente Reglamento y cuanta demás información sea precisa para el más fácil acceso a dicho Departamento.

Artículo 13.- Relación con los Comisionados

La Aseguradora designa a la Jefatura del Departamento jurídico de la misma a fin de mantener las relaciones con los Comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros que atenderá los requerimientos que se le efectúen y atenderá a las correspondientes transmisiones de datos y documentos que sean precisos para el ejercicio de sus funciones.

Madrid a 6 de Septiembre de 2008.