

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO

Contenido

Título I: Principios Generales.....	6
Artículo 1°.- Denominación.....	6
Artículo 2°.- Objeto	6
Artículo 3°.- Ámbito de aplicación.....	6
Artículo 4° - Régimen Jurídico	6
Título II: Del departamento de atención al asegurado.....	7
Artículo 5° - Composición del Departamento y responsable del Departamento de Atención al Asegurado.	7
Artículo 6° - Nombramiento, sustitución y cese del Responsable del Departamento de Atención al Asegurado.....	8
Artículo 7° - Duración y renovación del cargo de Responsable del Departamento de Atención al Asegurado.....	9
Artículo 8°- Incompatibilidades.....	9
Artículo 9°.- Funciones del Responsable del Departamento de Atención al Asegurado.....	10
Artículo 10° - Colaboración.....	11
Artículo 11° - Deber de información	11
Título III: Reglamento de funcionamiento para quejas y reclamaciones.	12
CAPITULO PRIMERO: Normas Generales.....	12
Artículo 12°- Definiciones.....	12
Artículo 13° - Competencias.....	13
Artículo 14° - Exclusiones.....	13
Artículo 15°- Capacidad de obrar	13
Artículo 16° - Legitimación para formular quejas o reclamaciones	13
Artículo 17° - Representación.....	14
Artículo 18° - Pluralidad de peticionarios	14
Artículo 19° - Plazo para formular reclamaciones y quejas.....	14
CAPITULO II: Procedimiento en materia de reclamaciones y/o quejas.....	15
Artículo 20° - Forma, contenido y lugar de la presentación de las quejas y reclamaciones.	15
Artículo 21° - Subsanción	16
Artículo 22° -Acumulación.....	16
Artículo 23° - Supuestos y procedimiento para la recepción y registro de quejas o reclamaciones.....	16

Artículo 24° - Causas de inadmisión y procedimiento	17
Artículo 25° - Petición de informes	18
Artículo 26° - Obligación de resolver	18
Artículo 27° - Suspensión del procedimiento	19
Artículo 28° - Terminación.....	19
Artículo 29° - Resolución y contenido de la Resolución	19
Artículo 30° - Allanamiento de la entidad: satisfacción sobrevenida.....	20
Artículo 31° - Ejercicio del desistimiento y renuncia.....	20
Artículo 32° - Caducidad del expediente	21
Artículo 33° - Comunicación	21
Artículo 34°- Notificación	21
Título IV: Relación con el Servicio de Reclamaciones	22
Artículo 35° - Relaciones con el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones	22
Título V: Informe anual.....	22
Artículo 36° - Informe Anual.....	22
Disposición transitoria: Régimen transitorio del procedimiento	23
Disposiciones Finales	23

Reglamento de funcionamiento DAA	
Objetivos	Protección del asegurado
Ámbito de aplicación	Grupo Divina Seguros
Responsable de la revisión	Titular Departamento Atención al Asegurado
Documento aprobado por	Consejo de Administración
Fecha de aprobación de la revisión	7 de junio de 2022

CUADRO RESUMEN DE CONTROL DE CAMBIOS

Fecha última revisión del documento: Junio 2022

Control de Cambios

Tipo de Cambio	Fecha	Autor	Cambio realizado
Revisión	Junio 2022	Titular Departamento Atención al Asegurado	Adecuación nombre Grupo Empresarial
Revisión	Marzo 2019	Dirección Jurídica	Actualización datos cuadro resumen: adecuación organigrama
Revisión	Enero 2018	Subdirección General Corporativa	Adaptación normativa y plazo resolución
Nuevo	Mayo 2004	Dirección Departamento Jurídico	Creación

Título I: Principios Generales

Artículo 1º.- Denominación

El Departamento de Atención al Asegurado es el Departamento administrativo del Grupo Divina Seguros encargado de atender y resolver las reclamaciones y quejas previstas en este reglamento.

Para la consecución de sus fines y objetivos, actuará con plena autonomía e independencia en sus resoluciones y expresión de opiniones o recomendaciones sobre las cuestiones que se le planteen, evitando en todo momento los conflictos de interés.

Artículo 2º.- Objeto

Es objeto del presente Reglamento regular la actividad y procedimiento a seguir por el Departamento de Atención al Asegurado del Grupo Divina Seguros, en función de lo dispuesto en las normas referenciadas en el presente Reglamento y su normativa de desarrollo.

En concreto, es objeto del Departamento de Atención al Asegurado la atención, tramitación y resolución de las quejas y reclamaciones formuladas por los tomadores de seguros, asegurados y/o beneficiarios de los contratos de seguro suscritos con las entidades aseguradoras pertenecientes al Grupo Divina Seguros, así como por los terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos en relación con la actividad y fines propios de cada una de las empresas del Grupo Divina Seguros y con sujeción a lo establecido en la normativa reguladora y en este Reglamento.

Asimismo, atenderá y resolverá las quejas y reclamaciones que se presenten en relación con la actuación de los mediadores de seguros de la Entidad, en los términos establecidos en la normativa reguladora y en este Reglamento.

Artículo 3º.- Ámbito de aplicación.

El presente Reglamento resulta de aplicación a las entidades aseguradoras pertenecientes al Grupo Divina Seguros.

Artículo 4º - Régimen Jurídico

El presente Reglamento se rige por la normativa vigente sobre protección de clientes de servicios financieros, y en concreto por:

- La Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero, normativa que ha sido desarrollada por 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 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en lo dispuesto en su artículo 97.5.
- Por lo establecido en la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, cuya disposición final undécima modifica el artículo 30 de la Ley 44/2002, y la Orden ECC 2502/2012, de 16 de noviembre, por la 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 Fondos de Pensiones;
- Por la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, del 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.

Asimismo, el presente Reglamento se regirá por cuantas normas legales posteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomiendan a la autonomía de la voluntad, se estará a lo que se disponga en el presente Reglamento de funcionamiento.

Título II: Del departamento de atención al asegurado

Artículo 5º - Composición del Departamento y responsable del Departamento de Atención al Asegurado.

El Departamento de Atención al Asegurado estará compuesto por el responsable o titular del departamento designado por el Consejo de Administración de Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros

El responsable o titular del Departamento de Atención al Asegurado será una persona con honorabilidad comercial y profesional, y con conocimiento y experiencia adecuados para el ejercicio de sus funciones. El cargo es incompatible con cualquier otra función desarrollada en los

departamentos comerciales, marketing, suscripción, tramitación de siniestros o prestaciones del Grupo Divina Seguros.

El Departamento de Atención al Asegurado estará dotado de los medios humanos, materiales, técnicos y organizativos adecuados para atender y resolver las quejas y reclamaciones previstas en este Reglamento.

El personal al servicio del Departamento de Atención al Asegurado dispondrá de un conocimiento adecuado sobre transparencia y protección de los clientes de servicios financieros.

Artículo 6º - Nombramiento, sustitución y cese del Responsable del Departamento de Atención al Asegurado.

6.1. El nombramiento y remoción del cargo de Responsable o Titular del Departamento de Atención al Asegurado del Grupo Divina Seguros corresponderá al Consejo de Administración de Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros, a propuesta de su Presidente.

El nombramiento del Titular del Departamento de Atención al Asegurado será comunicado al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y a la autoridad o autoridades supervisoras que correspondan por razón de su actividad.

6.2. En los supuestos de vacante, ausencia o enfermedad del Titular del Departamento de Atención al Asegurado, el Consejo de Administración, o el Presidente, por delegación expresa del Consejo de Administración, podrá decidir una sustitución temporal cuando el volumen de los asuntos, pendientes de trámite o resolución, los plazos en curso y la previsión de reincorporación del titular del departamento así lo aconsejen. La persona que realice las funciones de sustitución del Titular del Departamento de Atención al Asegurado está sujeto al mismo régimen previsto para el Responsable del Departamento tanto respecto de las condiciones exigidas para su nombramiento como de funcionamiento. Se procederá al nombramiento de un sustituto del Titular del Departamento de Atención al Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a aquel en que se produjo la vacante.

6.3. El responsable cesará de su cargo y funciones cuando:

a) Expire el plazo para el que fue nombrado, salvo que se acuerde su renovación.

b) Incumpla reiteradamente las funciones y obligaciones propias de su cargo, actúe de manera notoriamente negligente en el desempeño del cargo o cuando se apreciara cualquier falta en la exigida trayectoria profesional de respeto a las leyes, así como a las buenas prácticas comerciales y financieras.

c) Renuncie a su cargo, previa presentación formal de la dimisión y debidamente aceptada por el Consejo de Administración

d) Por ausencia ininterrumpida durante un período de tiempo superior a un mes.

e) Por incapacidad sobrevenida o imposibilidad física de desempeño de sus funciones.

f) Por cualquier otra causa que el Consejo de Administración considere justificada.

Artículo 7° - Duración y renovación del cargo de Responsable del Departamento de Atención al Asegurado.

La duración del mandato será por un período de cuatro (4) años, pudiendo ser renovado por igual periodo de tiempo sin limitación alguna.

La renovación del cargo se producirá en el momento del cese del Titular del Departamento de Atención al Asegurado por cualquiera de las causas reglamentaria o legalmente establecidas. Siempre que las circunstancias del cese lo permitan, el Titular saliente deberá resolver en tiempo y forma las reclamaciones y quejas que ya hubieran sido registradas en el Libro correspondiente durante la vigencia de su mandato.

Artículo 8°- Incompatibilidades.

8.1. No podrán desempeñar las funciones de titular del Departamento de Atención al Asegurado los que tengan antecedentes penales por delitos de falsedad, violación de secretos, descubrimiento y revelación de secretos, contra la Hacienda Pública y contra la Seguridad Social, malversación de caudales públicos y cualesquiera otros delitos contra la propiedad; los inhabilitados para ejercer cargos públicos o de administración o dirección de entidades financieras, aseguradoras o de correduría de seguros; los inhabilitados conforme a la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal, mientras no haya concluido el periodo de inhabilitación fijado en la sentencia de calificación del concurso; y, en general, los incurso en incapacidad o prohibición conforme a la legislación vigente.

- 8.2. Deberán abstenerse de conocer aquellos asuntos que presenten un interés directo para ellos, bien sea por afectarles directamente o bien a sus parientes por consanguinidad o afinidad hasta tercer grado directo o colateral, o bien a personas con quienes mantengan o hayan mantenido una estrecha relación afectiva o de amistad.
- 8.3. En el supuesto previsto en el apartado anterior corresponderá excepcionalmente la instrucción y resolución del expediente a la Dirección Jurídica.

Artículo 9º.- Funciones del Responsable del Departamento de Atención al Asegurado.

Son competencias del Responsable del Departamento:

a) Ostentar la representación del Departamento de Atención al Asegurado, tramitando y atendiendo las quejas y reclamaciones que los tomadores de seguro, asegurados y/o beneficiarios, así como los terceros perjudicados y sus derechohabientes, presenten frente a las entidades aseguradoras del Grupo Divina Seguros, relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, así como la resolución del expediente instruido en un plazo no superior a un mes desde la presentación ante tal Departamento de la reclamación o queja.

En caso de disconformidad con la decisión adoptada por el Departamento de Atención al Asegurado, o a partir de la finalización del plazo de un mes desde la fecha de presentación de la queja o reclamación sin que se haya resuelto, el reclamante podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones sito en el Paseo de la Castellana 44, 28046 de Madrid o a través de su sede electrónica.

b) Elaborar anualmente los informes y estadísticas explicativos de sus funciones durante el ejercicio precedente, y presentación ante el Consejo de Administración de cada una de las entidades aseguradoras del Grupo Divina Seguros. El contenido de dichos informes será el establecido por la legislación vigente aplicable en cada momento.

c) Dirigir y organizar la gestión administrativa del Departamento de Atención al Asegurado.

d) Ejercer la dirección funcional del personal a su cargo, en el supuesto de que se dotara el mismo.

e) Garantizar la información al Consejo de Administración de cada una de las entidades aseguradoras del Grupo Divina Seguros de cuantos asuntos tenga conocimiento y afecte a los intereses del Departamento.

f) Custodiar y tramitar la documentación del Departamento de conformidad con la normativa legal vigente y preservando la más estricta confidencialidad.

g) Atender los requerimientos que el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pueda efectuar en el ejercicio de sus funciones.

h) Cumplir o hacer cumplir cualquier otra función que el Departamento tenga impuesta estatutaria o reglamentariamente.

Artículo 10° - Colaboración.

Los departamentos y personal de todas las entidades aseguradoras del Grupo Divina Seguros, a las que es de aplicación el presente Reglamento, prestarán todo su apoyo al Departamento de Atención al Asegurado en la instrucción, tramitación y resolución de los expedientes de reclamaciones y quejas, suministrando en especial toda la información que les fuera requerida, siendo deber de todos los departamentos y servicios del Grupo Divina Seguros el de facilitar al Departamento de Atención al Asegurado cuantas informaciones le sean solicitadas en relación con el ejercicio de sus funciones y en el plazo más breve posible, que permita al Departamento cumplir con los plazos legalmente exigibles

Artículo 11° - Deber de información

El Departamento de Atención al Asegurado informará sobre:

1. La existencia del Departamento, su dirección postal y electrónica para la recepción de los escritos de reclamaciones y quejas de los usuarios.
2. La obligación de atender y resolver las quejas y reclamaciones en el plazo de un mes desde su presentación en el Departamento.
3. La referencia al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en cuanto a la necesidad de agotar la vía del Departamento de Atención al Asegurado para formular quejas y reclamaciones, especificando su dirección postal y electrónica, y poniendo a disposición de los usuarios el formulario para la presentación de quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
4. El reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado

5. La normativa de transparencia y protección del cliente de los Servicios Financieros, es decir, la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y defensor de entidades financieras, la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible y la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la 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 Fondos de Pensiones así como la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, del 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.

Título III: Reglamento de funcionamiento para quejas y reclamaciones.

CAPITULO PRIMERO: Normas Generales

Artículo 12º- Definiciones

Se consideran **quejas** las referidas al funcionamiento de los servicios prestados a los tomadores de seguros, asegurados y/o beneficiarios del Grupo Divina Seguros o por sus mediadores, motivadas por las demoras, desatenciones o cualquier otro tipo de actuación deficiente que se observe en el funcionamiento de cualquier entidad aseguradora del Grupo Divina Seguros.

Se consideran **reclamaciones** las presentadas por los tomadores de seguros, asegurados y/o beneficiarios del Grupo Divina Seguros que pongan de manifiesto, con la pretensión de obtener la restitución de su interés o derecho, hechos concretos referidos a acciones u omisiones de cualquier entidad aseguradora del Grupo Divina Seguros o de sus mediadores que supongan para quien las formula un perjuicio para sus intereses o derechos y que deriven de presuntos incumplimientos por las entidades reclamadas, en la relación de aseguramiento, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros.

Artículo 13° - Competencias

El Departamento de Atención al Asegurado es el encargado atender y resolver las quejas y reclamaciones que los tomadores de seguros, asegurados y/o beneficiarios del Grupo Divina Seguros, así como los terceros perjudicados o derechohabientes de los anteriores, le presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Las obligaciones de atención se refieren a las quejas y reclamaciones presentadas por personas físicas o jurídicas que reúnan la condición de usuario de los servicios de cualquier entidad aseguradora del Grupo Divina Pastora Seguros o terceros perjudicados, siempre que se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Artículo 14° - Exclusiones

Está excluida de la competencia del Departamento de Atención al Asegurado y, por tanto, no podrán ser objeto de queja o reclamación, toda solicitud que se hubiera formulado ante instancias judiciales, arbitrales o administrativas, o ya resuelta por cualquiera de dichas instancias.

Igualmente están fuera del ámbito de esta regulación las quejas y reclamaciones del personal externo o interno de cualquier entidad aseguradora del Grupo Divina Seguros, o las relativas a relaciones laborales o de vinculación profesional, así como las coberturas por riesgos laborales o de ahorro contempladas en los Convenios colectivos del sector asegurador.

Artículo 15°- Capacidad de obrar

Tendrán capacidad de obrar ante el Departamento de Atención al Asegurado, además de las personas que la ostenten con arreglo a las normas civiles, los incapaces y los menores de edad para el ejercicio y defensa de aquellos de sus derechos e intereses cuya actuación esté permitida por el ordenamiento jurídico con la asistencia de la persona que ejerza la patria potestad, tutela o curatela.

Artículo 16° - Legitimación para formular quejas o reclamaciones

Tienen legitimación activa para formular quejas los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes que hayan sufrido demoras, desatenciones o cualquier otro

tipo de actuación deficiente en el funcionamiento de cualquier entidad aseguradora del Grupo Divina Seguros.

Están legitimados activamente para formular reclamaciones los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes que hayan sufrido un perjuicio de sus derechos e intereses por incumplimiento de la relación de aseguramiento, o de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros.

Artículo 17º - Representación

- 17.1. Los asegurados con capacidad de obrar podrán actuar por medio de representante, entendiéndose con éste las actuaciones administrativas, salvo manifestación expresa en contra del interesado.
- 17.2. Cualquier persona con capacidad de obrar podrá actuar en representación de otra ante el Departamento de Atención al Asegurado.
- 17.3. Para formular solicitudes, sean estas de queja o reclamación, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración por comparecencia personal del asegurado en una oficina administrativa de la Entidad.
- 17.4. La representación deberá acreditarse por cualquiera de los medios que legalmente habilitan tal representación incluida la comparecencia “apud acta” ante el organismo competente o las dependencias administrativas de la Entidad.

Artículo 18º - Pluralidad de peticionarios

Cuando en una solicitud, escrito o comunicación figuren varios interesados, bien sean tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes, las actuaciones a que den lugar se efectuarán con la persona que expresamente se haya designado, con su representante señalado, y, en su defecto, con el que figure en primer término.

Artículo 19º - Plazo para formular reclamaciones y quejas

El plazo máximo para presentar las reclamaciones y quejas será de **dos años** a partir de la fecha en que el reclamante tuviera conocimiento del hecho causante de la reclamación o queja.

CAPITULO II: Procedimiento en materia de reclamaciones y/o quejas

Artículo 20° - Forma, contenido y lugar de la presentación de las quejas y reclamaciones.

20.1. 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 éstos 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.

20.2. 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 y número de asegurado.

b) Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.

c) Sociedad del Grupo Divina Seguros frente a la que se realiza la queja o reclamación y, en su caso, la 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.

No obstante lo anterior, todas las sociedades del Grupo tendrán en sus oficinas formularios para la presentación de quejas y reclamaciones a disposición de sus clientes.

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

20.3. Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Departamento de Atención al Asegurado, o, en su caso, en cualquier oficina abierta al público de la Entidad, así como a través de registros electrónicos o en la dirección de correo electrónico habilitada a este fin.

Artículo 21° - Subsanción

Si la solicitud no reúne los requisitos que señala el artículo anterior se requerirá al interesado para que, en un plazo de diez días naturales, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación expresa de que, si así no lo hiciese, se archivará la queja o reclamación sin más trámite.

Artículo 22° -Acumulación

Podrá acordarse la acumulación de expedientes, para su tramitación conjunta, en los siguientes casos:

- a. Cuando se trate de quejas o reclamaciones presentadas por distintas personas, que coincidan en lo sustancial con hechos, situaciones o reclamaciones puestos de manifiesto y solicitudes formuladas, o que sean coincidentes en su contenido.
- b. Cuando se trate de quejas o reclamaciones formuladas por una misma persona referidas a cuestiones de similar naturaleza, que no consistan en una mera reiteración.

La acumulación de expedientes no afectará a la mención individualizada de las quejas y reclamaciones en el resumen estadístico que ha de contener la memoria anual.

Artículo 23° - Supuestos y procedimiento para la recepción y registro de quejas o reclamaciones

- 23.1. Recibida la queja o reclamación por la instancia competente para su tramitación, se procederá a la apertura de expediente.
- 23.2. Se anotará en el libro registro de quejas y reclamaciones la solicitud recibida e información del expediente, el número asignado, el nombre y apellidos de su peticionario, representante en su caso, datos y forma de la notificación y fecha de su recepción en el departamento de atención al asegurado.

- 23.3. El Departamento de Atención al Asegurado acusará recibo por escrito de la reclamación con constancia expresa de la fecha de recepción que será notificado al reclamante y cuando sea posible por la naturaleza del expediente, procederá en el mismo acto a dar contestación al mismo
- 23.4. La queja o reclamación se presentará una sola vez por el interesado, sin que pueda exigirse su reiteración ante distintos órganos de la Entidad.
- 23.5. 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.
- 23.6. 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 para resolver.

Artículo 24º - Causas de inadmisión y procedimiento

24.1. Son **causas de inadmisión** de las reclamaciones y/o quejas las 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 carezca de legitimación para interponer la correspondiente reclamación y/o queja conforme a lo establecido en el presente Reglamento.
- c. 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.
- d. 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.
- e. Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación a los mismos hechos.
- f. Cuando hubiera transcurrido el plazo para la presentación de quejas y reclamaciones que se establece en el artículo 19 del presente reglamento.

24.2. Procedimiento:

- a. 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.
- b. 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.
- c. Realizadas las alegaciones del interesado, si se mantienen las causas de inadmisión, se le comunicará la decisión final adoptada.
- d. En caso de que las alegaciones fuesen estimadas se continuará el expediente por todos sus trámites, lo que se comunicará a los efectos oportunos.

Artículo 25° - Petición de informes

A efectos de la resolución del procedimiento, el Departamento de Atención al Asegurado podrá solicitar tanto del reclamante como de los distintos departamentos o servicios de las entidades aseguradoras afectadas del Grupo Divina Seguros aquellos informes, datos, aclaraciones o elementos de prueba que considere necesarios para adoptar la correspondiente decisión.

En la petición de informe se concretará el extremo o extremos acerca de los que se solicita.

Artículo 26° - Obligación de resolver

El Departamento de Atención al Asegurado está obligado a dictar resolución expresa en todos los procedimientos, y a notificarla, pudiendo el reclamante a partir de la finalización de dicho trámite acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En ningún caso, la resolución, que ponga término a la tramitación de la queja o reclamación tendrá carácter vinculante para el reclamante ni para las entidades aseguradoras afectadas del Grupo Divina Seguros.

En los casos de prescripción, renuncia del derecho, caducidad del procedimiento, desistimiento de la solicitud, allanamiento, así como la desaparición sobrevenida del objeto de la solicitud, la resolución consistirá en la declaración de la circunstancia que concurra en cada caso, con indicación de los hechos producidos y las normas aplicables.

Artículo 27° - Suspensión del procedimiento

El transcurso del plazo máximo para resolver el procedimiento y notificar la resolución se suspenderá cuando se requiera al interesado para la subsanación de deficiencias y para la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, por el tiempo que medie entre la notificación del requerimiento y su efectivo cumplimiento por el destinatario, o, en su defecto, el transcurso del plazo concedido.

Artículo 28° - Terminación

- 28.1. Pondrán fin al procedimiento la resolución, el desistimiento, la renuncia al derecho en que se funda la solicitud, cuando tal renuncia no esté prohibida por el ordenamiento jurídico y la inadmisión de la solicitud conforme a lo establecido en el artículo 24° de este reglamento.
- 28.2. También producirá la terminación del expediente la satisfacción sobrevenida del reclamante. Deberá serle comunicada conforme a lo previsto en el artículo 30° de este reglamento.
- 28.3. Por caducidad del expediente.

Artículo 29° - Resolución y contenido de la Resolución

- 29.1. El expediente deberá finalizar en el plazo máximo de un mes, a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada en el Departamento de Atención al Asegurado. En el cómputo del plazo no se tendrá en cuenta el plazo empleado por el reclamante para subsanar los errores y aportar la documentación que le sea requerida para la tramitación del expediente.
- 29.2. La decisión será siempre motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la solicitud planteada en cada queja y/o reclamación, fundándose en las cláusulas contractuales, las normas aplicables de transparencia y protección de la clientela, 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.

- 29.3. Si la decisión adoptada por el Departamento de Atención al Asegurado fuese estimatoria de la queja o reclamación, se notificará al interesado y al mismo tiempo se remitirá la correspondiente propuesta o recomendación al Consejo de Administración o a la Dirección General de cada una de las entidades aseguradoras del Grupo Divina Seguros, según sus propias competencias, a fin de que se adopte la resolución que proceda, en relación a la reclamación o queja efectuada.
- 29.4. Si por el contrario la decisión adoptada fuese desestimatoria de las pretensiones del reclamante, se notificará al interesado.
- 29.5. En cualquier caso, e independientemente del contenido de la resolución, en la notificación al reclamante se le informará expresamente de la facultad que le asiste para, en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Artículo 30° - Allanamiento de la entidad: satisfacción sobrevenida.

Si a la vista de la queja o reclamación, la entidad rectificase su actuación con el reclamante a satisfacción de éste, o aún sin ver la reclamación se adoptase igual solución, deberá comunicarlo a la instancia competente y justificarlo documentalmente, salvo que existiere desistimiento expreso del interesado. En tales casos, se procederá al archivo de la queja o reclamación comunicándose al reclamante el motivo y archivo del expediente.

Artículo 31° - Ejercicio del desistimiento y renuncia

- 31.1. Los interesados podrán desistir de sus quejas y/o reclamaciones en cualquier momento. El desistimiento dará lugar a la finalización inmediata del procedimiento.
- 31.2. Los interesados podrán renunciar a sus derechos, cuando ello no esté prohibido por el ordenamiento jurídico, en cualquier momento del procedimiento. La renuncia dará lugar a la finalización inmediata del procedimiento.
- 31.3. Si el escrito de iniciación se hubiera formulado por dos o más interesados, el desistimiento o la renuncia sólo afectará a aquellos que la hubiesen formulado.
- 31.4. Tanto el desistimiento como la renuncia podrán hacerse por cualquier medio que permita su constancia.

31.5. El Departamento de Atención al Asegurado aceptará de plano el desistimiento o la renuncia, y declarará concluso el procedimiento salvo que, habiéndose personado en el mismo terceros interesados, instasen éstos su continuación en el plazo de diez días desde que fueron notificados del desistimiento o renuncia presentados.

Artículo 32° - Caducidad del expediente

Cuando a solicitud del interesado se produzca la paralización del expediente, por causa imputable al mismo, el Departamento de Atención al Asegurado advertirá al reclamante que, transcurrido un mes, se producirá la caducidad del mismo.

Consumido el plazo de un mes sin que el interesado requerido realice las actividades necesarias para la reanudación del expediente, se procederá al archivo de las actuaciones, comunicándose al particular reclamante.

Artículo 33° - Comunicación

Los actos se comunicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante, así como de la fecha, la identidad y el contenido del acto notificado, incluidos los electrónicos y telemáticos.

La acreditación de la comunicación efectuada se incorporará al expediente.

Artículo 34° - Notificación

La decisión de la reclamación 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.

Título IV: Relación con el Servicio de Reclamaciones

Artículo 35° - Relaciones con el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 de la Orden ECO/734/2004, el Grupo Divina Seguros atenderá, por medio del responsable designado por la Dirección del Grupo, los requerimientos que el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pueda efectuar en el ejercicio de sus funciones.

Título V: Informe anual

Artículo 36° - Informe Anual

36.1. Dentro del primer trimestre de cada año, el Departamento de Atención al Asegurado presentará ante el Consejo de Administración de cada una de las Entidades del Grupo Divina Seguros, 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 sugerencias derivadas de su experiencia, con vistas a una mejor consecución de los fines que informan su actuación.

36.2. Al menos un resumen del informe se integrará en la memoria anual de cada una de las entidades del Grupo.

Disposición transitoria: Régimen transitorio del procedimiento

Los expedientes de quejas y/o reclamaciones que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor de esta norma, por parte del Departamento de Atención al Asegurado, continuarán sustanciándose conforme al procedimiento anteriormente establecido.

Disposiciones Finales

Primera

El presente Reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado se notificará a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones remitiendo certificación íntegra del acuerdo de aprobación del Consejo de Administración dentro del mes siguiente a la aprobación del Acta del Consejo de Administración.

Segunda

El presente Reglamento de funcionamiento comenzará sus efectos al día siguiente de su aprobación por el Consejo de Administración de Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros y los órganos de gobierno de las entidades del Grupo.