

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE HOJA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Para solucionar cualquier incidencia con su seguro, rogamos contacte con la Mutualidad por escrito al email infoseguros@previs.es o bien a la dirección calle Gremi Sabaters número 68 piso 1, 07009 Palma de Mallorca, o a través de la oficina o mediador con el que contrató la póliza.

Si considera que su problema no ha sido resuelto de forma satisfactoria por esta vía, le rogamos que cumplimente todos los campos del presente impreso, ya que en caso contrario no se podrá tramitar correctamente su queja o reclamación. Una vez cumplimentado, deberá enviarlo a nuestro **SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE** al email sacseguros@previs.es o bien dirigido a la Mutualidad, donde se le dará respuesta a la mayor brevedad posible, y, en todo caso, dentro de un mes que establece la normativa vigente y el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad.

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre y apellidos o denominación social: _____

DNI Pasaporte CIF (Marcar con una X): _____

Domicilio: _____

Población: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Condición del reclamante (Marcar con una X)

Tomador Asegurado Beneficiario Tercero perjudicado

REPRESENTANTE (Cumplimentar únicamente cuando la reclamación se presenta por medio del representante, deberá firmar el impreso y aportar justificante que acredite)

Nombre y apellidos o denominación social: _____

DNI Pasaporte CIF (Marcar con una X): _____

DATOS DEL SEGURO

Nº de póliza _____ Nº de siniestro: _____

MOTIVO DE LA QUEJA O RECLAMACIÓN (Explicar claramente cual es la cuestión sobre la que se formula la queja o reclamación. Puede optar por redactarla a continuación o adjuntarla en hoja aparte)

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE HOJA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

RESULTADO QUE PRETENDE OBTENER CON LA QUEJA Y/O RECLAMACIÓN

DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA:

Descripción y número de páginas: _____

(Marcar con una X): El reclamante hace constar que las cuestiones planteadas en la reclamación no han sido objeto de litigio o impugnación ante los tribunales de justicia, ni se encuentran pendientes de resolución por parte de un órgano administrativo, arbitral o judicial.

Información básica sobre privacidad: El responsable del tratamiento de sus datos personales es PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social, con la finalidad de atender su reclamación. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en nuestra política de privacidad de reclamaciones, disponible en el área de privacidad de nuestra web <https://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma del reclamante

Firma del representante

CLÁUSULA DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

De conformidad con la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente, en caso de queja o reclamación respecto a la actuación de la mutualidad de seguros, el cliente podrá dirigirse mediante la cumplimentación del formulario disponible en la página web de la entidad www.previs.es.

Asimismo, podrá formular denuncias o reclamaciones al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, órgano adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad y sito en el Pº de la Castellana nº 44 D.P. 28046 de Madrid (www.dgsfp.mineco.es). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante este servicio, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de la presentación de la reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad Aseguradora sin que haya sido resuelta o que haya sido denegada su admisión o desestimada su petición.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Quién puede presentar reclamaciones

Cualquier persona física o jurídica que tenga la condición de tomador de un seguro con la Mutualidad, de asegurado o de beneficiario de este seguro o un tercero perjudicado.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE HOJA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Qué se puede reclamar

Se puede reclamar que la Mutualidad reconozca un derecho del reclamante o realice una actuación a la cual pueda estar obligada, siempre que estos derechos u obligaciones hagan referencia a su actividad aseguradora.

Con qué plazo máximo se pueden presentar las reclamaciones

El plazo máximo para la presentación de las reclamaciones será de dos años, a contar desde que el reclamante tuvo conocimiento de los hechos causantes de la queja o reclamación.

Cómo se han de presentar las quejas, sugerencias y reclamaciones

La queja o reclamación podrá realizarse conforme al procedimiento indicado en la página web <https://www.previs.es/es/atencion-al-cliente/>

Se debe rellenar y presentar a la Mutualidad la [Hoja de Quejas y Reclamaciones](#) (PDF). La presentación se podrá realizar directamente en papel o bien a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos, y cumplan los requisitos previstos por la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. Para tal cometido puede utilizarse la dirección de correo electrónico sacseguros@previs.es.

Cuándo se admitirá a trámite la reclamación

Siempre que se reúnan los requisitos establecidos. Son motivos de no admisión, entre otros:

- la presentación de la queja fuera de plazo,
- la presentación de una queja por parte de una persona no legitimada para hacerlo,
- la presentación de una queja que reitere otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo cliente y los mismos hechos.
- 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

Trámite de la reclamación

La Mutualidad pone a disposición de sus clientes el Servicio de Atención al Cliente.

- Una vez recibida la queja o reclamación por la mutualidad, en el caso de que no hubiese sido resuelta a favor del cliente por la propia oficina, departamento, servicio u órgano objeto de la queja o reclamación, ésta será remitida al Servicio de Atención al Cliente.
- Recibida la queja o reclamación, el Servicio de Atención al Cliente procederá a la apertura de expediente y acusará recibo por escrito dejando constancia de la fecha de presentación a efectos del cómputo del plazo máximo de terminación.
- Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de un mes desde su presentación.
- Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos un mes desde la fecha de recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el Paseo de la Castellana, nº 44, 28046 Madrid, (www.dgsfp.mineco.es), cuyas decisiones, no obstante, no son vinculantes. Igualmente, podrá someterlas a los juzgados y tribunales competentes.

Otros documentos para formular sugerencias o reclamaciones

Ponemos también a su disposición la [Hoja de Sugerencias y de Incidencias](#) (PDF), para que los mutualistas puedan trasladar a la entidad propuestas orientadas a que se tomen

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE HOJA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

medidas o realicen actuaciones en interés del conjunto de asegurados, o planteen cuestiones que no consideren merecedoras de lo que se considera propiamente una queja.

DEFINICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGUROS

Asegurador: Mutualidad

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social, entidad emisora de esta póliza que en su condición de Asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las Condiciones de la póliza.

Tomador del Seguro: Mutualista

Persona que suscribe este contrato con el Asegurador y a quien corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado: Persona física sobre la que recae el riesgo asegurado.

Beneficiario: Persona a quien el Tomador del Seguro, o en su caso, el Asegurado, reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización derivada de esta póliza.

Póliza: Documento que contiene las condiciones generales de este contrato, las Especiales que delimitan cada garantía, las particulares que identifican el riesgo, así como las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del riesgo.

Solicitud de seguro: Documento, según modelo suministrado por la Mutualidad, en el que el Tomador solicita el seguro y precisa las condiciones en que desea asegurarse en la modalidad de seguro ofertada. El Asegurado consiente en asegurarse y ambos informan a la Mutualidad de los datos personales necesarios para la elaboración de la póliza y declaran cuantas circunstancias le sean conocidas, para la correcta evaluación del riesgo, de acuerdo con el cuestionario sometido dentro del proceso de la Solicitud.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Accidente: Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.