



Seguros

# **Procedimiento de Gestión de Consultas y Reclamos Servicio de Atención de Clientes (SAC)**

**BUPA Compañía de Seguros de Vida S.A.**

## 1.- OBJETIVO

Establecer los lineamientos para estandarizar y controlar la documentación utilizada en el proceso de Gestión de Consultas y Reclamos de Servicio al Cliente de Bupa Seguros, específicamente de las líneas individual y masivos, cumpliendo con poner al centro al cliente y brindar una experiencia memorable a nuestros clientes como lo indica el Código de Conducta y la Política de Protección del Cliente, adoptando medidas rápidas para resolver problemas cuando estos surgen.

## 2.- ALCANCE

El presente procedimiento establece los lineamientos para la gestión efectiva de las consultas y reclamos de los clientes:

- 1.- Consultas realizadas por asegurados o personas que requieren resolver sus dudas respecto de los seguros individuales y masivos disponibles, los cuales son gestionadas directamente por el Call Center de Bupa Seguros.
- 2.- Reclamos recibidos de los contratantes de seguros individuales y masivos. Afecta a las áreas receptoras de reclamos que son “Clientes” y “Legal” y a otras áreas que gestionan directamente para su resolución, dentro de los plazos que se establecen para tales efectos: área de Operaciones, Siniestros, TI y Comercial.

## 3.- DESARROLLO

Existen dos vías para la recepción de consultas y reclamos, a través del Sitio web [www.bupaseguros.cl](http://www.bupaseguros.cl) y del Call Center 600 391 9000, ambas formas de recepción de consultas y reclamos son gestionadas por el Call Center de Bupa Seguros.

### **a) CONSULTAS o RECLAMOS RECIBIDOS EN CALL CENTER DEL SERVICIO AL CLIENTE**

**Consulta o Reclamo recepcionados vía en formulario web:** El ejecutivo de Call Center recibe el formulario de “Contacto Bupa Seguros” completado por el Solicitante, donde éste debe ingresar sus datos personales y cuáles son los motivos del contacto, determinando si corresponde a una consulta o a un reclamo. El Ejecutivo de Call Center evalúa si corresponde a una consulta o reclamo y ante cualquier duda lo plantea al Supervisor de Call Center, quien recopila la información que tiene a su disposición, de ser necesario toma contacto con el Solicitante para solicitar mayores antecedentes.

Si el requerimiento se tipifica como consulta, los ejecutivos del Call Center proceden a elaborar la respuesta al solicitante, enviándola vía correo electrónico en un periodo de entre 48 y 72 horas.

Por otra lado, de tratarse de un reclamo, el ejecutivo procede a ingresar los antecedentes y derivarlos a las áreas receptoras, quiénes lo gestionan dentro de los plazos que se establecen para dar respuesta al contratante. En paralelo, el ejecutivo prepara correo para envío de la notificación de recepción de su reclamo, indicando número de folio para su seguimiento.

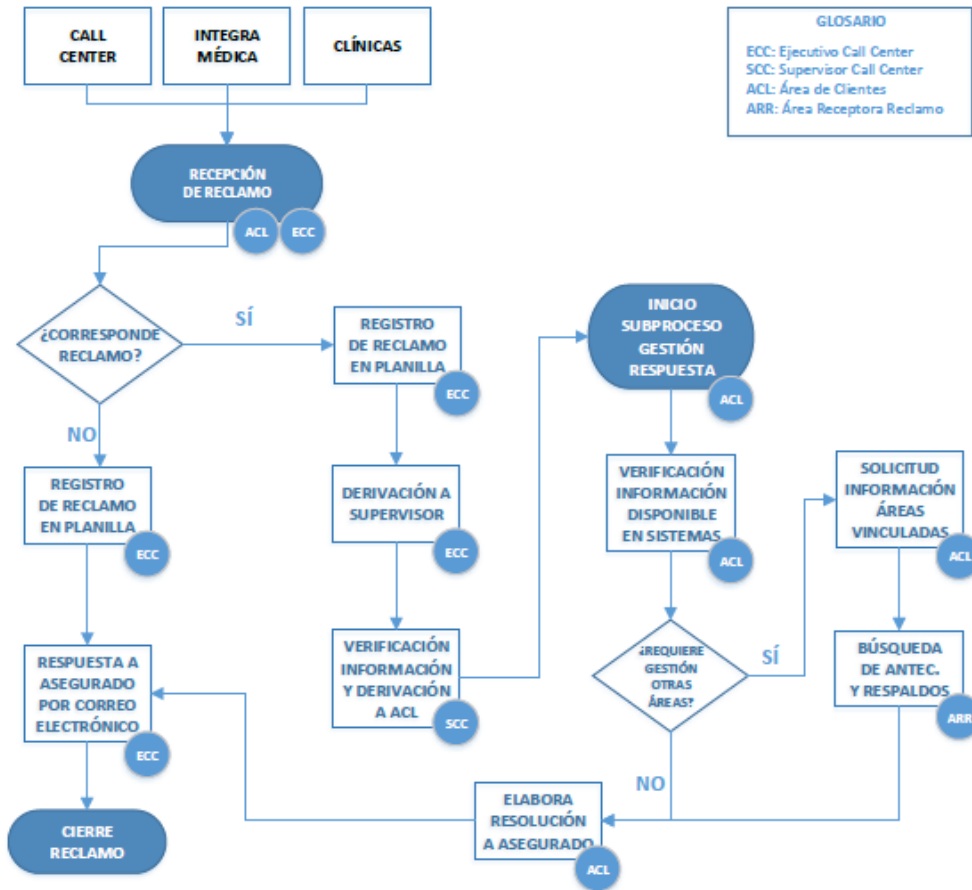
***Consulta o Reclamo recepcionados vía telefónica en Call Center:*** El ejecutivo del Call Center solicita los datos básicos a la persona – número de cédula de identidad, tipo de seguro del cual requiere información u orientación – para dar respuesta inmediata, registrando y tipificando en la base dicho requerimiento. De tratarse de una consulta efectuada por un asegurado, se identifica en los sistemas de información de la Compañía la póliza contratada para atender el requerimiento y dar resolución en la llamada telefónica.

Para el tratamiento y resolución de los reclamos, el ejecutivo registra y tipifica el reclamo solicitando los máximos antecedentes para que las áreas receptoras gestionen dicho reclamo y den resolución dentro de los plazos establecidos. Previo al cierre de la llamada, el ejecutivo entrega número de folio al reclamante para que pueda hacer seguimiento y recibe simultáneamente un correo acusando recibo del reclamo presentado a la Compañía. El Supervisor de Call Center analiza y verifica los antecedentes ingresados por los ejecutivos y de corresponder solicita complementación de antecedentes contactando al reclamante para su derivación a las áreas gestoras.

Luego de registrado el reclamo en la base, las áreas gestoras proceden a analizar la información disponible para resolver el reclamo, evaluando si requieren información adicional, si corresponde, a través de los ejecutivos del Call Center quienes tienen contacto directo con el contratante.

Para tales efectos, las áreas gestoras tienen un plazo máximo de resolución de entre 48 horas y 20 días hábiles tal como se establece en la circular 2131 de la CMF. Una vez resuelto, los ejecutivos de Call Center proceden a enviar, un correo al reclamante con dicha resolución.

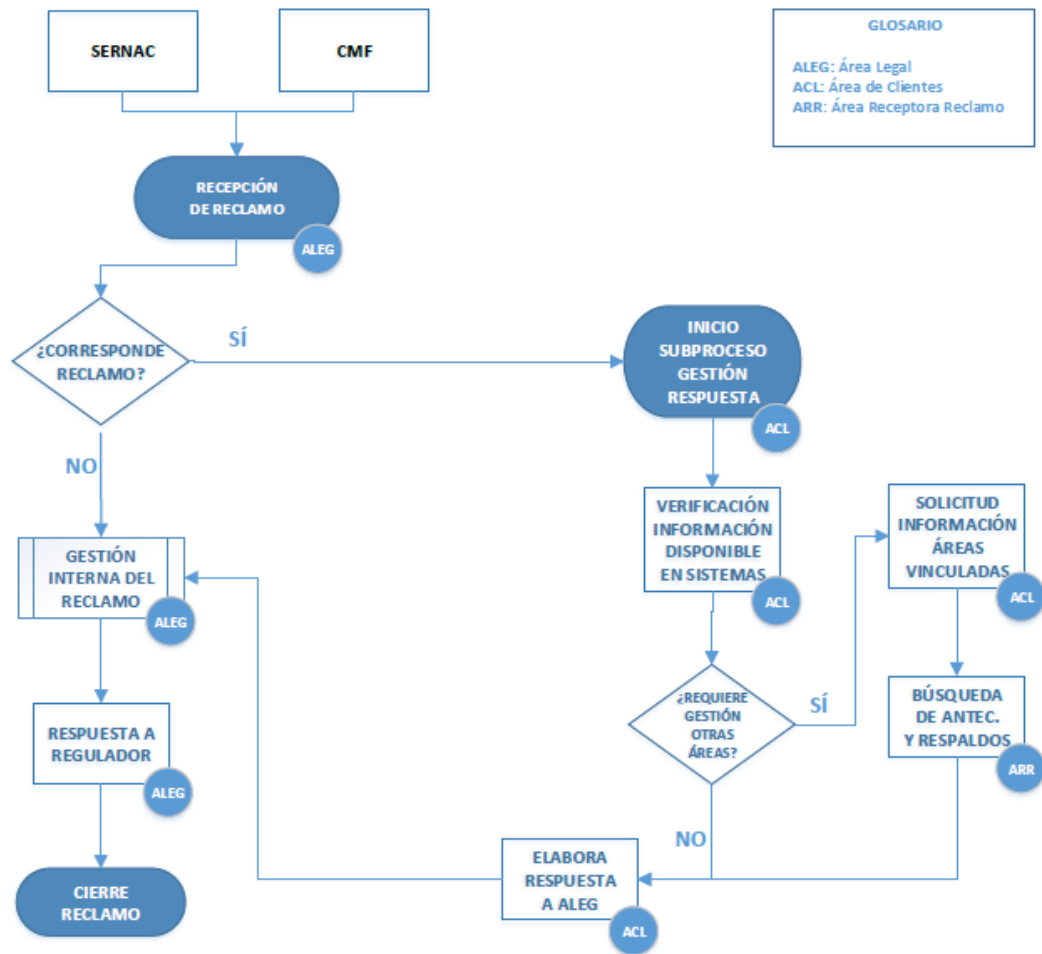
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMOS S.A.C (PRR-SAC)



b) PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMOS ÁREA LEGAL (PRR-LEG)

- Reclamo ingresados vía Sernac o CMF:** El Área Legal recibe el oficio, de corresponder a un reclamo, solicitando al área de clientes la recopilación de toda la información de la cual se dispone en los sistemas de la Compañía así como de las gestiones que sean pertinentes llevar a cabo para su resolución junto a las áreas receptoras. Una vez que se cuenta con la información el área de clientes aporta los antecedentes necesarios para que el área Legal pueda dar curso a la gestión del reclamo y dar respuesta al oficio.

**PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMOS ÁREA LEGAL (PRR-LEG)**



**c) Denuncio de Sinestros**

La cobertura de los seguros individuales y masivos opera vía IMED, por lo que el reembolso del seguro se aplica en línea. Si la cobertura no opera electrónicamente con IMED, se deberá cancelar el valor total de la prestación y dentro de un plazo máximo de 30 días corridos presentar a la Compañía los documentos para reembolso. El asegurado deberá enviar un correo electrónico a la casilla [servicio.seguros@bupa.cl](mailto:servicio.seguros@bupa.cl) adjuntando la siguiente documentación:

- Copias de los bonos y/o boletas de atención (voucher de pago)
- Rut y nombre del asegurado/beneficiario
- Detalle de cuenta bancaria para efectuar el depósito (debe ser la cuenta del titular del seguro)
- Presupuesto Dental (en casos de Seguro Dental)

La liquidación del siniestro o pago, se efectuará dentro de los 10 días corridos siguientes al recibo de los antecedentes. De aprobarse la solicitud de reembolso, la Compañía efectuará el depósito en la cuenta bancaria y envía la liquidación vía correo electrónico. En caso de rechazo del siniestro, parcial o total, se enviará al correo del asegurado la liquidación respectiva y una carta con los motivos de rechazo.

#### 4.- RESPONSABILIDADES

Los cargos que poseen la autoridad y responsabilidad para la toma de decisiones en el procedimiento son:

Legal: Subgerente Legal

Comercial: Subgerente Pricing y Productos

#### 5.- DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

Este procedimiento se enmarca dentro de los requerimientos de:

- La Política de Protección del Cliente, la cual en su requerimiento N°10 indica:

10.1 Aplicamos **procesos rigurosos de tramitación de reclamaciones** que se centran en asegurar resultados de reclamaciones justos para los clientes.

10.2 La Entidad **revisa la información de gestión de las reclamaciones** y analiza las **causas subyacentes para impulsar la mejora**.

- Instrucciones de la CMF en Norma de Carácter General N°420, sobre conducta de mercado en compañías de seguros y corredoras de seguros.
- Ley N° 19.496 de Protección de los Derechos de los Consumidores y sus modificaciones con la ley N° 20.555 Relacionada a la ampliación de atribuciones del Sernac en materias financieras. Ley N°21.081 que fortalece la protección de los consumidores.
- Circular 2131 de 28 de diciembre de 2013 en relación a, Información sobre Atención de Clientes y Presentación de Consultas y Reclamos
- Circular 2148 de 08 de abril de 2014, Imparte instrucciones de la comercialización de la venta telefónica de seguros.

**ECC:** Ejecutivo Call Center

**SCC:** Supervisor Call Center

**Nota: Principalmente utilizados en los flujos**

## 6 – ANEXOS:

### 6.1 Formulario de Contacto web

Para acceder a esta vía de contacto el reclamante debe ingresar a <https://www.segurosbupa.cl/> seleccionar la opción SEGUROS PERSONAS, seleccionar el producto contratado ya sea dental preventivo, escolar, Fonasa, ambulatorio etc. Luego de esto seleccionar la opción COTIZA O REALIZA CONSULTAS CON UN ASESOR DE SALUD – CONTACTANOS AQUÍ.

Cotiza o resuelve dudas mediante nuestro formulario de contacto.

---

Nombres *	<input type="text"/>
Apellidos *	<input type="text"/>
RUT *	<input type="text" value="11111111-1"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Verifique Correo electrónico *	<input type="text"/>
Teléfono *	<input type="text" value="+56 9 xxxxxxxx"/>
Comentarios *	<input type="text"/>

---

Los campos indicados con (\*) son obligatorios

## 8.2 Carta de Acuso de Recibo de Reclamos

Estimado (a)

(Nombre Reclamante)

Junto con saludar, le comunicamos que hemos recepcionado su reclamo asignando folio N° \_\_\_ de fecha (día) y (mes) el cual ha sido derivado a las áreas correspondientes para su análisis y resolución.

Adicionalmente le informamos que el plazo máximo es de 20 días hábiles para envío de respuesta con la resolución de su caso.

Le saluda atentamente,

SubGerencia de Clientes