

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE RIGEN EN
LA CONTRATACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
ASISTENCIA SANITARIA PARA LOS TRABAJADORES DE**

CONGRESOS Y TURISMO DE SEVILLA, S.A.

INDICE

I.	OBJETO DEL SEGURO.....	3
II.	NATURALEZA JURÍDICA DE LA PÓLIZA QUE SE SUSCRIBA	3
III.	CONFIDENCIALIDAD	3
IV.	SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN	4
V.	ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	5
VI.	SERVICIOS CUBIERTOS:.....	5
VII.	MODALIDAD Y SEGUIMIENTO DEL CONTRATO.	6
VIII.	EFFECTO DEL SEGURO.....	6
IX.	DURACION Y VENCIMIENTO DEL SEGURO.	6
X.	CONDICIONES DE ADHESIÓN AL SEGURO Y POSTERIORES ALTAS	8
XI.	PROTOCOLO DE TRATAMIENTOS EN CURSO..... ¡Error! Marcador no definido.	
XII.	RIESGOS EXCLUIDOS.....	9
XIII.	PRECIO MÁXIMO DEL SEGURO:.....	11
XIV.	FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: MENSUAL.....	11
XV.	OPERATIVA DEL SEGURO Y SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO	13
XVI.	INFORMACIÓN DE SINIESTRALIDAD	14
XVII.	COMISIONES DE SEGUIMIENTO	15
XVIII.	OTRAS CONDICIONES QUE REGIRÁN EN EL CONTRATO QUE SE SUSCRIBA	15
XIX.	OTROS SERVICIOS.....	16
XX.	MEJORAS	16
XXI.	SERVICIO DE MEDIACIÓN DE SEGUROS:	17
	ANEXO I. RELACION DE PERSONAL.....	18
	ANEXO II. PRESTACIONES GARANTIZADAS EN LA PÓLIZA	20
	ANEXO III. PÓLIZA DENTAL	32

I. OBJETO DEL SEGURO

El objeto del contrato es el que se detalla a continuación: Suscripción de un Seguro Médico Colectivo de Asistencia Sanitaria – Cuadro Médico, para los trabajadores de **CONGRESOS Y TURISMO DE SEVILLA , S.A.**, en adelante el **TOMADOR**, en las condiciones establecidas en el presente Pliego y en el Pliego de Cláusulas Administrativas.

Mediante el cobro por la Aseguradora de la correspondiente prima, en la forma y dentro de los límites pactados en el presente Pliego y en el Pliego de Cláusulas Administrativas de los que traerá su causa la póliza que se suscriba, éste atenderá las necesidades de asistencia / prestaciones de los Asegurados recogidas en **ANEXO II**.

No se admitirán en ningún caso, variaciones al contenido del presente pliego.

II. NATURALEZA JURÍDICA DE LA PÓLIZA QUE SE SUSCRIBA

- El contrato que se suscriba tendrá carácter privado, a tenor de lo señalado en el artículo 26 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.
- La póliza de seguro que se suscriba incorporará únicamente, revistiendo carácter contractual, el contrato administrativo, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y el presente Pliego de Prescripciones Técnicas, que rigen en la contratación del seguro colectivo, así como las mejoras que hayan sido ofertadas por el licitador, aceptadas y valoradas por el órgano contratante. Todo ello, y únicamente, configurará el contrato de seguro.
- En consecuencia, los licitadores no podrán incluir en sus ofertas ni, por consiguiente, formará parte del contrato de seguro Condición General, Especial o Adicional alguna salvo las que proceda incluir en el contrato de seguro en aplicación de las normas de derecho privado que correspondan insertar (por ejemplo, si procediera, Cláusula de Consorcio de Compensación de Seguros).

III. CONFIDENCIALIDAD

- El adjudicatario queda obligado a tratar los datos de carácter personal con la finalidad exclusiva de la realización de las prestaciones objeto del contrato.

En consecuencia, los citados datos no podrán ser objeto de ningún tratamiento destinado a fines distintos a la prestación del contrato.

- Todos los datos facilitados, en cualquier tipo de soporte, se encontrarán protegidos, con estricta aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/ce (Reglamento General de Protección de Datos) y demás legislación que sea de aplicación, reservándose el Tomador la facultad de inspección de su cumplimiento.

- Asimismo, el adjudicatario quedará obligado a aplicar a los datos personales las medidas de seguridad, del nivel que corresponda, en aplicación de lo establecido en el precitado Reglamento y en cualquier otra normativa que resulte de aplicación.
- Una vez realizada la prestación del contrato el adjudicatario devolverá al Tomador los soportes donde se hallen recogidos los datos proporcionados por el durante la ejecución del mismo.
- La empresa adjudicataria y el personal encargado de la realización de las tareas guardará secreto profesional sobre toda la información, documentos y asuntos a los que tenga acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligado a no hacer públicos o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.
- Cualquier tratamiento de datos que no se ajuste a lo dispuesto en este Pliego será causa específica de resolución contractual, sin perjuicio de la exclusiva responsabilidad del adjudicatario frente a terceros y frente al Tomador y/o Asegurados o Beneficiarios y de su obligación de resarcimiento de los daños y perjuicios que pudiera irrogar.
- El adjudicatario deberá declarar expresamente que conoce quedar obligado al cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y demás legislación que sea de aplicación en esta materia y se comprometen explícitamente a formar e informar a su personal en las obligaciones que de tales normas dimanen.
- El adjudicatario se compromete a no dar información ni datos proporcionados por el Tomador para cualquier otro uso no previsto en el presente Pliego o en el Pliego de Cláusulas Administrativas. En particular, no proporcionará sin autorización expresa escrita del Tomador copia de los documentos o datos a terceras personas.

IV.SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN

Oferente: Las Entidades Aseguradoras oferentes, que deberán estar inscritas en el Registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la autorización precisa en el ramo de enfermedad.

Tomador del Seguro: **CONGRESOS Y TURISMO DE SEVILLA , S.A**
NIF A-90109729

Asegurados: Personal en activo del tomador, familiares directos; cónyuges e hijos

Colectivo A.

Componen el colectivo asegurado de **Empleados y familiares. Entendiéndose como familiares** cónyuge o pareja de hecho e hijos, naturales o adoptados.

En ANEXO I se aporta cuadro de distribución del colectivo asegurable por edades y sexo a efectos de la confección de la oferta.

- Se entienden también incluidos en el seguro las personas que en el futuro, dentro del periodo de duración del contrato de seguro, adquieran la condición de trabajador y sus familiares.
- Se considerará incluido en la póliza al personal, cualquiera que sea la naturaleza jurídica de su vinculación con el Tomador que, en función de su situación, debiera

estar de forma efectiva incluido en la póliza e independientemente de la situación en la que se encuentren (en alta laboral, en incapacidad temporal, en proceso de reconocimiento de incapacidad permanente, en situación de suspensión de contrato por cualquiera de las circunstancias previstas en la legislación, etc.).

- Mantendrá la condición de Asegurado de la póliza que se contrate el empleado que cause baja en su prestación de servicios retribuidos por agotamiento del período máximo de incapacidad temporal, manteniendo en consecuencia la cobertura vigente hasta que se produzca una resolución definitiva de la Seguridad Social u Organismo competente sobre su situación.
- Para la consideración, a efectos de la póliza, de una persona como miembro del grupo asegurado será prueba suficiente una certificación de tal extremo expedida por el Tomador.
- Asimismo, se hace expresamente constar que la cobertura se otorgará, para todos los riesgos, sin limitación de edad.

Colectivo B

Componen el colectivo asegurado: **Pensionistas y sus familiares**

- Las personas que siendo trabajadores del tomador, y se encuentren dentro del colectivo asegurado, pasen en el futuro a la situación de pensionistas estando prestando servicios, al sobrevenir dicha situación.
- Asimismo, se incluirán en este grupo:
 - Cónyuges o parejas de hecho del titular cuya convivencia haya sido debidamente acreditada y que hubieran estado asegurados en la póliza colectiva de personal activo.
 - Los familiares que convivan y dependan económicamente del titular en el caso de hubieran estado asegurados en la póliza de personal activo.

Todo este colectivo que constituye el Grupo B es de adscripción voluntaria, debiendo mediar la solicitud de adhesión de los interesados.

V.ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Ámbito nacional.

VI.SERVICIOS CUBIERTOS:

Los servicios cubiertos en la Póliza, son los que se detallan en el ANEXO II.

En todos los casos el efecto de la cobertura será inmediato a partir de la fecha de efecto del contrato y para la totalidad del personal que configura el grupo asegurado

VII.MODALIDAD Y SEGUIMIENTO DEL CONTRATO.

Supone el acceso a la prestación del servicio, a través de los médicos y centros asistenciales y hospitalarios propios y/o concertados por la aseguradora en todo el territorio nacional que figuran en los cuadros médicos de la aseguradora, identificándose previamente con la tarjeta de la compañía y presentar, cuando sea necesaria, la correspondiente autorización.

El pago de la asistencia recibida corre íntegramente a cargo de la aseguradora que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

En el momento de suscribir la póliza la asegurador facilitará un ejemplar para cada asegurado del cuadro médico correspondiente a la provincia con especificación del/os centro/s permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencias y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias y el cuadro médico de las provincias de las que el asegurado lo solicite, estando en todo caso a disposición del asegurado la información nacional de los servicios de la compañía, así como una vez cada año de vigencia del contrato si se producen actualizaciones, por altas o bajas de facultativos o centros sanitarios, en el mismo.

El asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos incluidos en los cuadros que la aseguradora pone a su disposición.

Igualmente entregará al tomador la póliza o, en su caso al asegurado, el documento de cobertura provisional o el que proceda. En caso de extravío de la póliza, el asegurador, a petición del tomador del seguro y en defecto del asegurado, tendrá obligación de expedir copia de la misma, que tendrá igual eficacia que el original. Igualmente entregará al tomador una tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los asegurados/beneficiarios incluidos en la póliza. Dicha tarjeta contendrá como mínimo los siguientes datos: número de tarjeta, nombre y apellidos del asegurado/beneficiario, fecha de alta y fecha de caducidad.

VIII.EFECTO DEL SEGURO.

Las 00.00 horas del día 01 de enero de 2020.

Con independencia de la fecha de adjudicación, su notificación al licitador adjudicatario, la firma del contrato o la fecha de pago de la prima, el efecto del seguro y, en consecuencia, la cobertura otorgada por la compañía aseguradora comenzará en la fecha indicada en el párrafo anterior por lo que el licitador adjudicatario estará obligado a indemnizar todos los siniestros cubiertos por la póliza que procedan abonar de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente Pliego.

IX.DURACION Y VENCIMIENTO DEL SEGURO.

Vencimiento del seguro: 24.00 horas del día 31 de diciembre de 2021.

- El período inicial de vigencia será de **24** meses.

Transcurrido el plazo de vigencia, quedará automáticamente finalizado el contrato y el adjudicatario cesará en la ejecución del mismo. No obstante vendrá obligado a continuar la prestación del servicio si el Tomador así lo solicitara hasta que, derivado de una nueva licitación que se convoque al efecto, el nuevo contratista se haga cargo del mismo. En tal caso la prestación será por un tiempo máximo de 6 meses, en las mismas condiciones y percibirá por ello las retribuciones previstas en el apartado correspondiente de forma proporcional al tiempo prorrogado).

X.CONDICIONES DE ADHESIÓN AL SEGURO Y POSTERIORES ALTAS

La adhesión a la Póliza de los Asegurados de los colectivos definidos en el Apartado IV, será automática en el momento de toma de efecto del Contrato, sin necesidad ni exigencia de cumplimentación boletines de adhesión y/o declaración de salud.

Para las sucesivas altas o bajas, será preceptiva la comunicación en tal sentido del Tomador a la Aseguradora, produciéndose su efectividad en la fecha de comunicación.

- Para los asegurados del Colectivo A, el alta en el seguro deberá realizarse dentro de los **30 días** inmediatamente posteriores a su alta como trabajador del tomador, superado este período podrán darse de alta en las mismas condiciones económicas y de prestaciones, si bien estarán sujetos a los períodos de carencia y posibles exclusiones establecidas por la entidad siendo necesaria la cumplimentación del oportuno cuestionario de salud.
- Para los familiares directos de los titulares la solicitud de alta en la póliza deberá realizarse dentro de los **30 días** inmediatamente posteriores a la incorporación del titular, superado este período podrán darse de alta en las mismas condiciones económicas y de prestaciones, si bien estarán sujetos a los períodos de carencia y posibles exclusiones establecidas por la entidad siendo necesaria la cumplimentación del oportuno cuestionario de salud.
- En el caso de los hijos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, quedarán incorporados a la misma, desde la fecha de su nacimiento. Para ello, el asegurado deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los **30 días** naturales siguientes al nacimiento. Si el alta se produce con posterioridad al indicado plazo, la Aseguradora podrá exigir la cumplimentación del Cuestionario de Salud y se reserva el derecho de denegar o aceptar parcialmente su incorporación.
- Igualmente, para los asegurados del Colectivo A, en el caso de matrimonio, el titular contará con **30 días** desde la fecha de su boda para poder solicitar el alta de su cónyuge; el mismo derecho tendrán el titular respecto de su pareja de hecho, cuya convivencia haya acreditado debidamente, pudiendo solicitar el alta de su pareja en el plazo de **30 días** a contar desde la fecha en que haya acreditado dicha convivencia. En caso de que el alta se solicite pasado dicho plazo, la aseguradora podrá exigir la cumplimentación del Cuestionario de Salud y se reserva el derecho de denegar o aceptar parcialmente su incorporación.
- Para el traspaso del Colectivo B, asegurados en la póliza que para éstos tenía contratada hasta ese momento el tomador, a la nueva póliza emitida como consecuencia del presente, la solicitud de alta en la póliza deberá realizarse dentro de los **30 días** inmediatamente posteriores a la emisión de la nueva póliza, superado este período podrán darse de alta en las mismas condiciones económicas y de prestaciones, si bien estarán sujetos a los períodos de carencia y posibles exclusiones establecidas por la entidad siendo necesaria la cumplimentación del oportuno cuestionario de salud.

- Para los empleados que vayan a pasar al Colectivo B, la solicitud de alta en la póliza deberá realizarse dentro de los **30 días** inmediatamente posteriores al pase a la situación de pensionista, superado este período podrán darse de alta en las mismas condiciones económicas y de prestaciones, si bien estarán sujetos a los períodos de carencia y posibles exclusiones establecidas por la entidad siendo necesaria la cumplimentación del oportuno cuestionario de salud.
- Para los familiares directos de los titulares que vayan a pasar al Colectivo B y que procedan del colectivo A, la solicitud de alta en la póliza deberá realizarse simultáneamente a la solicitud de alta del titular, superado este período podrán darse de alta en las mismas condiciones económicas y de prestaciones, si bien estarán sujetos a los períodos de carencia y posibles exclusiones establecidas por la entidad siendo necesaria la cumplimentación del oportuno cuestionario de salud.
- Para los asegurados del Colectivo B, en el caso de los hijos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, quedarán incorporados a la misma, desde la fecha de su nacimiento. Para ello, el asegurado deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los **30 días** naturales siguientes al nacimiento. Si el alta se produce con posterioridad al indicado plazo, la Aseguradora podrá exigir la cumplimentación del Cuestionario de Salud y se reserva el derecho de denegar o aceptar parcialmente su incorporación.
- Igualmente, para los asegurados del Colectivo B, en el caso de matrimonio, el titular contará con un mes desde la fecha de su boda para poder solicitar el alta de su cónyuge; el mismo derecho tendrán el titular respecto de su pareja de hecho, cuya convivencia haya acreditado debidamente, pudiendo solicitar el alta de su pareja en el plazo de **30 días** a contar desde la fecha en que haya acreditado dicha convivencia. En caso de que el alta se solicite pasado dicho plazo, la aseguradora podrá exigir la cumplimentación del Cuestionario de Salud y se reserva el derecho de denegar o aceptar parcialmente su incorporación.

Las altas y bajas surtirán efectos a partir del día 1 del mes siguiente a aquel en que fueran comunicadas.

XI. RIESGOS EXCLUIDOS

Las exclusiones que, con carácter máximo se aplicarán a la póliza que se emita serán las que a continuación se indican y con esa misma redacción.

No existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de la póliza como consecuencia de enfermedades generadas o accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

1. Los daños físicos como consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guardan relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

2. Los productos farmacéuticos fuera del centro hospitalario excepto lo dispuesto en el apartado correspondiente a Otras Coberturas/Reembolso de gastos de Farmacia del Anexo III.
3. La cirugía del cambio de sexo.
4. La cirugía bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida).
5. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
6. Las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), auto-lesiones o intentos de suicidio.
7. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo.
8. Diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
9. Psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, test psicológicos.
10. **Los trasplantes** de órganos, a excepción de los trasplante de médula ósea y córnea que sí quedarán cubiertos.
11. SIDA y enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
12. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
13. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.
14. Los gastos de transporte del asegurado al centro en casos de rehabilitación y fisioterapia y en casos de diálisis.
15. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
16. Cualquier medio de diagnóstico y /o tratamiento mediante técnica genética, salvo aquellas que están incluidas en la descripción de la cobertura.
17. Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el Sistema Nacional de Salud.
18. La homeopatía, organometría y acupuntura, así como las técnicas diagnósticas o de tratamiento experimentales o no reconocidas por la ciencia médica o realizadas para ensayos clínicos de cualquier tipo.
19. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial y la fecundación "in vitro", así como los DIU hormonales. También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo, aunque esté indicada en los términos previstos por la legislación vigente.
20. Los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivo del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. La ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.

21. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad.

XII.PRECIO MÁXIMO DEL SEGURO:

Como contraprestación a los servicios prestados por la Aseguradora durante el periodo de contratación fijado en la cláusula IX del presente pliego, incluyendo la posible prórroga, el tomador abonará un importe máximo mensual por asegurado de **60,00 €**, euros tasas e impuestos incluidos **sin que existan copagos** ni se pueda facturar separadamente otros gastos.

El precio del presente contrato se determinará por el resultado de multiplicar la tarifa anteriormente indicada por el número de asegurados que integren el **colectivo A**, por consiguiente, las obligaciones económicas del Tomador se limitarán exclusivamente a los trabajadores pertenecientes a éste colectivo.

En el precio ofertado por el licitador estará comprendido, además del derivado de la ejecución del contrato de conformidad con las especificaciones contenidas en el presente pliego, el importe de las primas correspondientes al Consorcio de Compensación de Seguros, bienes, herramientas, medios y recursos necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo, desplazamientos o cualquier otro gasto que la Aseguradora deba realizar para el normal cumplimiento de las prestaciones contratadas así como cualquier otro factor de valoración que se devengue por razón del contrato.

Colectivos B

El coste de la prima de los asegurados pertenecientes al **Colectivos B** no estará incluido dentro del precio de éste contrato.

La prima correspondiente a los asegurados del **Colectivo B** será abonada directamente por el titular, beneficiario, o persona que éste designe, a la Aseguradora. El importe de la prima individual para éste colectivo no podrá superar el **160 %** de la prima individual que haya ofertado la Aseguradora que resulte adjudicataria del presente concurso para el **Colectivo A**.

XIII.FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: MENSUAL

Colectivo A

El adjudicatario facturará al tomador de la siguiente forma:

La facturación de la prima se realizará **mensualmente** de forma electrónica en función del número de asegurados del **Colectivo A** que figuren dados de alta cada mes. La Aseguradora facturará el importe de la totalidad de la prima correspondiente a todos ellos al tomador, expidiéndose un recibo único con fraccionamiento **mensual**. Las facturas se abonarán mediante ingreso en la cuenta bancaria designada por el adjudicatario, en un plazo no superior a 30 días hábiles a contar desde la fecha de su recepción.

Colectivos B

La facturación se efectuará de forma **mensual** mediante domiciliación **bancaria a cada asegurado o persona que éste designe, teniendo que informar únicamente al Tomador, de la relación mensual de asegurados.**

Cada asegurado será responsable del pago de la prima correspondiente, no pudiendo imputarse, en ningún caso, responsabilidad derivada al tomador.

Con independencia del momento de pago de la prima, el Asegurador vendrá obligado al pago de las indemnizaciones por siniestros que se hayan producido en el periodo de vigencia del seguro.

XIV. OPERATIVA DEL SEGURO Y SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

- La prima de la primera anualidad de seguro será la prima de adjudicación calculada en base a los datos aportados en el presente Pliego de Prescripciones Técnicas y, en su caso, en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.
- En caso de renovación del seguro el Tomador, al inicio de la anualidad de seguro, aportará a la empresa adjudicataria un listado de situación del personal.
- El cuadro de distribución de los asegurados por tramos de edades y sexo se aporta siempre a efectos de cálculo e informativo pero no con carácter limitativo pues integra el colectivo a asegurar la totalidad del personal indicado en apartado IV (Sujetos de la contratación) de este pliego.
- Prima de renovación: La prima de renovación será **la misma** que la prima de adjudicación.
- A partir de año 2021, la prima se actualizará el 1 de enero de cada año, en función de la siniestralidad, de la siguiente forma:
 - Si la siniestralidad es inferior o igual al 70%, la prima será la misma que la prima de la anualidad precedente.
 - Si la siniestralidad es superior al 71% y no es superior al 80%, la prima se incrementará en un 2,5%.
 - Si la siniestralidad es superior al 80% y no es superior al 85%, la prima se incrementará en un 3,5%.
 - Si la siniestralidad es superior al 86% pero no mayor al 94% la prima se incrementará en un 5,5%.
 - Si la siniestralidad es superior al 95% pero no superior a 100%, la prima se incrementará en un 7,5%.
 - Si la siniestralidad fuera superior al 101%, la prima se incrementará en un 10%.
- Se entiende por Siniestralidad el coeficiente porcentual resultante de dividir los importes netos de los siniestros del periodo anual entre las primas totales anuales netas de impuestos y anulaciones de ese mismo periodo más, en su caso, los copagos que se establezcan. Los siniestros son los costes directos derivados de las prestaciones asistenciales (médicos y/u hospitales, medicinas, etc.) y por tanto, no se incluyen los indirectos (administración, gestión de siniestros, etc.). Tampoco se incluirán a efectos del cálculo de los siniestros los costes incurridos en la prestación de los servicios ofrecidos bajo franquicia.

XV. INFORMACIÓN DE SINIESTRALIDAD

La Compañía adjudicataria del presente contrato de seguro deberá aportar al tomador, semestralmente, completa información del desarrollo del contrato y, en especial de la siniestralidad del mismo.

A tal efecto, el Informe de siniestros, en formato Excel o similar, incluirá, con carácter mínimo, la siguiente información:

- % de siniestralidad (siniestros/ primas)
- Gastos asistenciales desglosados por tipo de asistencia:

Atención primaria

Servicio permanente de urgencias

Hospitalización

- Hospitalización Médica.
- Hospitalización Obstétrica.
- Hospitalización Quirúrgica.
- Hospitalización Materno-Infantil.
- UVI y UCI.
- Psiquiátrica.
- Hospitalización de día

Especialidades

Asistencia sanitaria prestada por un especialista en su consulta o en régimen hospitalario incluyendo diagnósticos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos e intervenciones quirúrgicas.

- Cardiología.
- Cirugía del Aparato Locomotor. Traumatología y Ortopedia.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Dermatología Médico-Quirúrgica.
- Endocrinología y Nutrición.
- Ginecología y obstetricia.
- Neurocirugía.
- Oftalmología.
- Oncología
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Urología.

Medios de diagnóstico

Tratamientos especiales

Prótesis e implantes

XVI.COMISIONES DE SEGUIMIENTO

Para garantizar que la prestación de servicios objeto de la póliza se realiza con la máxima diligencia, el adjudicatario designará a las personas que participarán en la una Comisión de Seguimiento que se creará al efecto. Dicha comisión estará formada por cuatro miembros, designándose dos por parte del Tomador uno por parte de la Aseguradora y **uno** por parte de **Aon**.

La Comisión se reunirá con una periodicidad semestral, sin perjuicio de que por causas que aconsejen su convocatoria con carácter urgente o extraordinario, cualquiera de las partes, proceda a convocarlo previa comunicación a la otra parte con un plazo de preaviso máximo de diez días.

Igualmente, el adjudicatario designará un responsable de la póliza, el cual coordinará con el Responsable del Contrato del tomador, aquellas incidencias objeto de la cobertura de la asistencia médica y dental objeto del servicio.

El Responsable del Contrato del tomador podrá fijar reuniones periódicas entre el tomador y el adjudicatario con el fin de analizar y valorar las incidencias que, en su caso, se produzcan en ejercicio del contrato.

XVII.OTRAS CONDICIONES QUE REGIRÁN EN EL CONTRATO QUE SE SUSCRIBA

Dentro de cada anualidad de seguro, incluidos en el periodo estipulado como duración del contrato, se mantendrán todas las garantías concertadas no pudiendo la compañía aseguradora rescindir la póliza.

La póliza no excluirá enfermedades **preexistentes** salvo lo previsto en la cláusula XI. En consecuencia, no procede limitación alguna por razón de edad o como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas ni por accidentes previos a la entrada en vigor de la cobertura entrando así mismo la cobertura en vigor de manera inmediata a partir de la fecha de efecto de la póliza que se contrate.

Tampoco tendrá **periodos de carencia ni participación del Asegurado en el coste de los servicios (copago)**.

XVIII. OTROS SERVICIOS

Las empresas licitadoras deberán presentar documentación acreditativa de que prestarán los siguientes servicios:

Línea telefónica directa y Buzón de correo electrónico de atención personalizada a los Asegurados para:

- Información de todos los aspectos relacionados con la cobertura del seguro
- Gestión administrativa derivada de altas y bajas
- Solicitud de autorizaciones

Dicha línea contará con atención de 08.00 horas a 21.00 h. todos los días del año excepto festivos de carácter nacional.

Se deberá incluir en la oferta un compromiso de calidad en la prestación del servicio mediante la garantía de respuesta a los temas planteados, telefónicamente o por escrito, en un plazo máximo de 48 horas; además, deberá estar operativo en el momento de la entrada en vigor del contrato de seguro.

Se valorará la puesta a disposición de los asegurados de CONTURSA de servicios similares a los descritos mediante página web y aplicaciones en dispositivos móviles; en los criterios de valoración se describen los servicios que se pueden ofertar.

Definición de un procedimiento concreto de información a los Asegurados y Beneficiarios de los términos y condiciones del seguro suscrito y de procedimientos a seguir en caso de siniestro.

Se deberá adjuntar en la oferta un modelo de **tarjeta personalizada** así como un modelo de Resumen Informativo del Seguro con explicación, lo más amplia y clara posible, del ámbito de cobertura, garantías cubiertas, exclusiones, etc. así como instrucciones y documentación a aportar en caso de siniestro que, en caso de resultar adjudicatario, se emitiría para todos los Asegurados.

Asimismo deberá ser adjuntado con la oferta, firmado, un compromiso de emisión de tarjetas, para apertura del colectivo y nuevas altas, en un plazo máximo de 7 días hábiles, a contar desde la entrega de los listados de asegurados.

XIX. MEJORAS

En el supuesto de que las compañías aseguradoras interesadas presentaran mejoras sobre las condiciones exigidas en este Pliego de Prescripciones Técnicas, que tienen el carácter de mínimas, deberán detallarlas pormenorizadamente en hoja anexa.

Todas y cada una de las mejoras ofertadas por el licitador que resulte adjudicatario, se convertirán automáticamente en cláusulas contractuales de obligado cumplimiento para él y su inobservancia será considerada como incumplimiento contractual, siendo causa de imposición de penalidades, de denegación de prórrogas en el contrato (en caso de admitirse éstas) o de resolución del mismo.

En los Criterios de Valoración se enumeran una serie de mejoras que serán valorables.

XX.SERVICIO DE MEDIACIÓN DE SEGUROS:

La prestación a Congresos y Turismos de Sevilla, de los servicios de asesoramiento y mediación de Seguros Privados así como la posterior asistencia, como asesores, a éste, a los Asegurados y Beneficiarios será efectuada por AON Gil y Carvajal, S.A. Correduría de Seguros.

ANEXO I. RELACION DE PERSONAL Y FAMILIARES DIRECTO (CONYUGES E HIJOS)

(a Diciembre de 2019)

EDAD	SEXO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
0			
1	1		1
2			
3	1	3	4
4			
5			
6	1	1	2
7	1	2	3
8	1		1
9	2		2
10	3	1	4
11			
12	2	2	4
13			
14		1	1
15	2		2
16			
17	1	2	3
18			
19			
20	1		1
21		1	1
22	1	1	2
23		1	1
24			
25	1		1
26	2	1	3
27	1		1
28			
29			
30			
31		1	1
32		1	1
33	1		1
34		1	1
35			
36	1		1
37		2	2
38	2		2
39	2		2
40		2	2
41	2	3	5
42		1	1
43	3	2	5
44		2	2
45	1	2	3
46	1	1	2

47	1		1
48	1	1	2
49	2		2
50	1	1	2
51		1	1
52	1	1	2
53			
54		1	1
55		2	2
56	2		2
57	1	1	2
58			
59	2	1	3
60		1	1
61	1		1
62	1		1
63	1		1
64			
65	1		1
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
Mayores de 80			

NOTA:

Se aporta cuadro de distribución del colectivo a asegurar por edades y sexo a efectos de la confección de la oferta. No obstante, integra el colectivo a asegurar la totalidad del colectivo indicado en la Cláusula IV del presente Pliego de Prescripciones Técnicas por lo que para la consideración de una persona como miembro del colectivo asegurado será prueba suficiente una certificación de tal extremo expedida por el mismo.

ANEXO II. PRESTACIONES GARANTIZADAS EN LA PÓLIZA

El acceso por los asegurados a cada uno de los servicios básicos recogidos en el presente anexo se realizará sin la necesidad de autorización previa por parte de la entidad adjudicataria, salvo en su caso la hospitalización y tratamientos especiales, y aquellas pruebas diagnósticas que los licitadores especifiquen en su oferta. No obstante, la obligación de pedir autorizaciones para determinadas pruebas podrá ser valorada conforme a los criterios de adjudicación que figuran en el presente Pliego.

El servicio de asistencia sanitaria, contendrá al menos, el siguiente contenido básico, tanto para titulares como beneficiarios:

Atención primaria

- Medicina General en consulta y en domicilio.
- Enfermería en consulta y en domicilio.
- Pediatría y Puericultura de zona en consulta y en domicilio.
- Urgencias a domicilio.

Servicio permanente de urgencias

Servicio permanente (24 horas) de urgencia que se prestará en el centro o centros expresamente señalados a tal efecto en el cuadro médico y hospitalario entregado al asegurado.

Asimismo la adjudicataria asumirá la asistencia sanitaria que haya de prestarse al asegurado en situación de urgencia y mientras esta dure, todo ello en cumplimiento del artículo 103 de la Ley del Contrato de Seguro.

Hospitalización

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos), anestesia (incluida la epidural) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. La duración del internamiento será determinada por el médico encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

- **Hospitalización quirúrgica**

Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria y, en su caso, los implantes quirúrgicos y prótesis.

- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica**

Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

- **Hospitalización pediátrica**

Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.)**

- **Hospitalización psiquiátrica**

Exclusivamente para procesos agudos o crónicos en periodo de agudización, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de 30 (treinta días) por asegurado y año.

Especialidades

Está cubierta la asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario en todas las especialidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud y/o las distintas Sociedades o Asociaciones Profesionales de Especialistas Médicos. A continuación se citan a modo enunciativo pero no limitativo:

- Alergología.
- Anestesiología y Reanimación.
- Angiología y Cirugía vascular.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía del Ap.Locomotor. Traumatología y Ortopedia.
- Cirugía Cardíaca.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Cirugía Máxilo-Facial.
- Cirugía y Ortopedia Infantil.
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica.
- Endocrinología y Nutrición.
- Estomatología y Odontología.
- Geriátrica.
- Ginecología.
- Hematología y Hemoterapia.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Oncología radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría.

- Proctología.
- Psicología.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia en hospitalización, en régimen ambulatorio y/o a domicilio según criterio médico.
- Reumatología.
- Tratamiento del dolor.
- Urología.

Medios de diagnóstico

Todas las pruebas diagnósticas relacionadas a continuación han de ser prescritas por médicos pertenecientes al Cuadro Médico de la aseguradora (salvo en la modalidad de reembolso de gastos en el caso de ser contratada):

Análisis Clínicos

Anatomía Patológica

- Estudio de Biopsia
- Citología
- Cultivo de tejidos
- Inmunohistoquímica
- Inmunofluorescencia

Y, en general, todas aquellas técnicas propias de la especialidad.

Diagnóstico por imagen

- Incluye las técnicas habituales quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- Radioscopia, radiografías, tomografías, ortodiagramas y en general, toda clase de exploraciones radiológicas o radiográficas con fines diagnósticos, incluyéndose las exploraciones especiales para la práctica de las técnicas quirúrgicas especializadas tales como ventriculografías, angiografías, arteriografías, arteriografías.
- Resonancia Nuclear magnética (RNM) y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
- PET/TAC (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
- Ecografías.
- Radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.
- Densitometría ósea

Medicina nuclear

Exploraciones mediante fuentes radiactivas no encapsuladas (ventriculografía, SPECT miocárdico, gammagrafía, etc.)

Diagnóstico Cardiológico

- Cateterismo cardiaco diagnóstico y terapéutico.
- Doppler cardiaco, electrocardiografía, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
- Doppler vascular.
- Electrocardiogramas, Ecocardiogramas, Prueba de esfuerzo, Doppler cardiaco, Holter de TA y ECG.

- Estudio electrofisiológico cardiaco.

Diagnóstico de aparato Digestivo

- Biopsia por punción
- Colangiopancreatografía retrógrada (CPR)
- Endoscopias (se realizarán con sedación o anestesia bajo el criterio del médico prescriptor).
- Manometrías
- Test de Helicobacter Pylori
- pHmetrías

Pruebas genéticas

- Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas y estudios genéticos encaminados a establecer o mejorar el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
- Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
- Amniocentesis y estudio genético de células amnióticas
- Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro, cualquier medio de tratamiento mediante terapia génica y la determinación del mapa genético con fines predictivos.

Neurofisiología

- Encefalogramas, Electroencefalogramas, Electromiogramas, Potenciales evocados.
- Polisomnografía

Exámenes de salud del recién nacido

Pruebas genéticas para detección de trastornos metabólicos y del desarrollo, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría y test de agudeza visual.

Exploraciones Ginecológicas

- Mamografía. Ecografía de mama.
- Ecografía ginecológica y obstétrica. Ecografía transvaginal.
- Histerosalpingografía

Exploraciones Oftalmológicas

Potenciales evocados, Angiofluoresceingrafía, campimetría, ecografía oftalmológica, gonioscopia, retinografía, estrabología, y tomografía por coherencia óptica (O.C.T).

Exploraciones ORL

- Otoemisiones, audiometrías, electrogustometría. Estudio del vértigo

Pruebas de alergia y funcionales.

Pruebas diagnósticas necesarias para obtener el diagnóstico de la esterilidad o infertilidad.

Tratamientos especiales

- Aerosoles en cualquier proceso donde fuera necesario.
- Anestesia epidural.
- Cirugía artroscópica
- Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado).
- Diálisis y hemodiálisis para insuficiencias renales aguda y crónicas.
- Hipertermia prostática.
- Laparoscopia y toracoscopia como técnicas, tanto de diagnóstico como intervencionista. Se incluyen dentro de la cobertura todos los kits necesarios para la intervención.
- Laserterapia en tratamientos dermatológicos, oftalmológicos, urológicos, en la rehabilitación músculo esquelética.
- Coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas y otorrinolaringológicas.
- Ligadura de trompas y vasectomía
- Litotricia renal.
- Logopedia y foniatría en procesos orgánicos.
Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- Nucleotomía percutánea.
- Odontología
Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- Oncología médica
Están cubiertos todos los productos farmacéuticos que se administren al paciente mientras esté hospitalizado y los requeridos para tratamiento de quimioterapia y oncología radioterápica, tanto en régimen de hospitalización como en centros de día.
- Oncología radioterápica.
Incluyendo la braquiterapia intersticial braquiterapia endocavitaria, y la braquiterapia de alta tasa, la radioterapia superficial continua, la radioterapia intraoperatoria, la radioterapia con acelerador lineal, la radioterapia dinámica conformada y la radioterapia de intensidad modulada.
- Ortóptica y pleóptica.
- Planificación familiar.
- Psicología Clínica: Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la Aseguradora. Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- La radiofrecuencia de cornetes
- Reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel.
- Rehabilitación y fisioterapia en hospitalización, en régimen ambulatorio y/o a domicilio, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora o por los facultativos del servicio de Medicina del Trabajo del Tomador. Incluye:
 - Electrorradioterapia: Onda corta, infrarrojos, rayos ultravioleta y corrientes eléctricas.
 - Rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor

- Rehabilitación cardíaca (Exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea).
- Terapias respiratorias a domicilio. Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa).
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.

Prótesis e implantes

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, sin límite económico, las prótesis internas y materiales implantables indicados a continuación:

- Anillos valvulares para reconstrucción de válvulas cardíacas, válvulas cardíacas metálicas y biológicas, By-pass, Stent, material y sustancias embolizantes.
- Marcapasos unicamerales y bicamerales.
- Endoprótesis vasculares.
- Prótesis mamarias y expansores en casos de cirugía por neoplasia de mama.
- Lentes intraoculares unifocales.
- Prótesis internas traumatológicas, anclajes articulares, fijadores óseos externos, fijadores de columna internos, kit/material para vertebroplastia, kit/material para cifoplastia, kit nucleoplastia, kit rizólisis, material de osteosíntesis en fracturas, sustitutivos óseos, material utilizado en ligamentoplastia en su totalidad, prótesis esqueléticas internas, prótesis de cadera cementadas y no cementadas, prótesis de pie, de hombro, de rodilla, prótesis discales en su totalidad.
- Material de interposición intervertebral o interespinosa.

Otros servicios cubiertos

- Matronas en la asistencia hospitalaria al parto.
- Podología: Con un límite de 4 sesiones de quiropodia anuales.
- Preparación al parto.
- Trasplantes. Médula ósea y córnea. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente correspondiendo a la aseguradora asumir los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido.
- Transporte en ambulancia, incluido el traslado urbano e interurbano de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. Cubre desde el domicilio del asegurado al centro sanitario o viceversa para ingresos hospitalarios y asistencia a urgencias.,

Medicina preventiva

- **Pediatría**

Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil hasta los 14 años, incluyéndose entre otros las revisiones médicas generales por el pediatra cada mes durante el primer trimestre de vida, bimensual hasta los 18 meses de edad y anual hasta los 14 años; la administración de vacunas según el programa oficial de cada comunidad autónoma.

- **Neonatología**

Exámenes de salud del recién nacido y pruebas para detección de trastornos metabólicos y del desarrollo, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría y test de agudeza visual.

- **Obstetricia y Ginecología**

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad de la Asegurada, prescritos por un Médico del Cuadro Médico de la Compañía. Revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix, así como diagnóstico y detección de VPH.

- **Cardiología**

Prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

- **Urología**

Revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata, en varones de más de 45 años.

- **Aparato digestivo**

Revisión para prevención del cáncer colorrectal.

- **Planificación familiar**

Control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU convencional y su vigilancia.

Ligadura de trompas y vasectomía.

Póliza dental

La póliza dental, cuyas características básicas figuran en el ANEXO III, incluirá una serie de servicios sin coste para los asegurados y otros servicios con franquicia.

Las prestaciones realizadas correspondientes a servicios franquiciados serán a cargo de quienes las reciban no pudiendo imputarse, en ningún caso, responsabilidad a CONTURSA derivada de su impago.

Otras coberturas que deberán estar incluidas en la póliza:

- **Asistencia en viaje**

Suplemento adicional a la póliza por el que los asegurados dispondrán de cobertura de asistencia en viaje en el extranjero.

A. Disposiciones Previas

ASEGURADO.- La persona física, residente en España, beneficiaria del seguro de Asistencia Sanitaria de la ASEGURADORA.

ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN.- El seguro tiene validez en el mundo entero, excepto en España. Su duración va ligada a la del seguro de Asistencia sanitaria.

VALIDEZ.- Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.

B. Garantías cubiertas

B.1. GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACEÚTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN.

En virtud del contrato suscrito, la entidad garantiza a los asegurados de la póliza, durante el período de vigencia del mismo, el reembolso de los siguientes gastos:

Hasta el límite de 12.000€ por persona y año para los gastos ocasionados fuera del territorio español, a consecuencia de los cuidados recibidos en territorio extranjero, derivados de una enfermedad o accidente ocurrido en el extranjero, a través de médicos, cirujanos, hospitales y/o clínicas de su libre elección.

Los gastos incluidos dentro de la asistencia en viaje:

Los gastos ocasionados fuera del territorio español, a consecuencia de los cuidados recibidos en territorio extranjero, derivados de una enfermedad o accidente ocurrido en el extranjero, a través de médicos, cirujanos, hospitales y/o clínicas de su libre elección.

Honorarios médicos

Medicamentos recetados por un médico o cirujano

Gastos odontológicos considerados de urgencia, excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, limpieza bucal, prótesis, fundas e implantes, quedan cubiertos dentro de la cuantía anterior hasta un máximo de 250 euros por Asegurado.

Gastos de hospitalización

Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local

Los gastos no incluidos dentro de la asistencia en viaje:

Los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3 euros.

Los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible y los tratamientos ordenados en España.

Los gastos por seguimiento pautado del embarazo; no obstante, quedan cubiertas las complicaciones imprevisibles producidas durante los primeros 150 días

Los gastos de gafas, lentillas, muletas y de prótesis en general.

Las consecuencias directas o indirectas de la transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de las partículas atómicas.

Las consecuencias derivadas de guerra, insurrección, tumultos populares, movimientos telúricos, inundaciones o erupciones volcánicas.

Las asistencias o prestaciones que resultaren de la participación en cualquier prueba de competición motorizada (carrera o rally).

B.2. BILLETE DE IDA Y VUELTA Y PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN HOTEL DE ACOMPAÑANTE POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días, el Asegurador podrá a disposición de un familiar del mismo, un billete de ida y vuelta de avión (clase turista) o tren (primera clase) a fin de acudir a su lado.

Igualmente, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, hasta un máximo de 60 euros por día y con un máximo de diez días.

B.3. TRASLADO Y REPATRICION DE ENFERMOS O HERIDOS

Incluye:

En caso de enfermedad del Asegurado o accidente con lesiones sobrevenidas al mismo durante la vigencia del contrato, la Entidad tomará a su cargo el traslado a la clínica u hospital más próximo así como, en su caso, el traslado y/o repatriación hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio habitual (si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio la aseguradora se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo) bajo la observación médica que procediera, efectuándolo según la gravedad del mismo:

- En ambulancia medicalizada
- En avión sanitario especial
- En helicóptero sanitario
- En avión de línea regular
- En tren coche-cama primera clase
- En ambulancia o trineo en caso de accidente en pistas de esquí

No incluye:

Las afecciones o lesiones que pueden ser tratadas en el mismo lugar y no impidan proseguir el viaje. Las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.

Las recaídas y convalecencias de afecciones no consolidadas o bajo tratamiento en el momento de iniciar el viaje.

B.4. TRASLADO EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Entidad:

Organizará y tomará a su cargo el traslado del féretro hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual, así como los gastos del ataúd mínimo obligatorio, embalsamamiento y de las formalidades administrativas.

Por petición de los Beneficiarios, asumirá los costes de la incineración en el lugar del óbito, y del transporte de las cenizas hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual.

La Entidad no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación

B.5. REGRESO ANTICIPADO DE LOS FAMILIARES ASEGURADOS ACOMPAÑANTES

Cuando uno o más asegurados hubieran sido repatriados y esto impidiera al resto de los asegurados de la unidad familiar su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el asegurador se hará cargo de su transporte hasta el lugar de residencia designado por el asegurado o, en caso de no haberse designado ninguno, hasta el lugar que se considere su residencia habitual.

Igualmente, el asegurador se hará cargo de los gastos de la puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados cuando estos fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

B.6. ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, la Entidad organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de un acompañante sufragado por la Entidad, al objeto de acompañar a los hijos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

B.7. GASTOS DE PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN UN HOTEL

Si el asegurado se haya enfermo o accidentado y no es posible su regreso en la fecha prevista, cuando el equipo médico del asegurador lo decida en función de sus contactos con el médico que lo atiende, el asegurador tomará a su cargo los gastos motivados por la prórroga de esta estancia en hotel, un límite de 60 euros por día y con un máximo de 600 euros.

B.8. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DEL FALLECIMIENTO U HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR

En caso de que el asegurado deba interrumpir su estancia en el extranjero por fallecimiento, hospitalización o enfermedad grave de su cónyuge o persona con quien conviva en España, de sus padres o ascendientes, hijos, o descendientes o adoptados, de un hermano o hermana y, en caso de hospitalización se prevea una duración de la misma superior a 5 días, el asegurador se hará cargo del transporte hasta su domicilio, al lugar de inhumación u hospitalización en España o, en su caso, en el país de origen así como, en su caso, de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

B.9. BÚSQUEDA Y LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES.

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, la Entidad le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente reclamación o denuncia. Si el equipaje es localizado, la Entidad lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

B.10. ENVÍO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS PERSONALES AL EXTRANJERO.

La Entidad organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende igualmente al envío a domicilio, de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

B.11. ADELANTO DE FONDOS

La Entidad adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, hasta el límite de 1.500 Euros.

B.12. ASISTENCIA JURÍDICA

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, la Entidad abonará hasta un máximo de 1.500 euros para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada.

B.13. ADELANTO DEL IMPORTE DE LA FIANZA PENAL EXIGIDA EN EL EXTRANJERO

Si el asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, la Entidad le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales hasta un máximo de 10.000 euros.

B.14. ENVÍO DE MEDICAMENTOS**Incluye:**

En caso de que el asegurado necesite un medicamento prescrito por un médico y que no pueda adquirir en el lugar donde se encuentre, la Entidad se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

No incluye:

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España. El asegurado tendrá que rembolsar a la Entidad, a la presentación de la factura el precio del medicamento.

B.15. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES (DERIVADOS DE LAS GARANTÍAS)

La Entidad, a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los asegurados, siempre que estos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

C.- Utilización de los servicios

Para la utilización de los servicios de Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá estar al corriente de sus obligaciones.

En la tarjeta identificativa facilitada por la Entidad se debe indicar claramente un teléfono de asistencia en el extranjero para llamar a cobro revertido en caso de ser necesario, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la presente Garantía complementaria, así como en caso de precisar cualquier tipo de información adicional.

- **Segunda opinión médica**

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médicos en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital este gravemente comprometido; dichas enfermedades deberán estar incluidas en los siguientes apartados:

- Oncología.
- Enfermedades cardíacas, incluyendo la cirugía cardíaca y angioplastia.
- Trasplante de órganos.
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
- Cirugía ortopédica compleja
- Síndromes y malformaciones congénitas
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Enfermedades y problemas derivados de la insuficiencia renal.

Esta segunda opinión médica será emitida por expertos de prestigio en centros hospitalarios nacionales o internacionales.

Para utilizar este servicio el asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético.

La compañía hará llegar el expediente, con la debida confidencialidad, al especialista o centro que en cada caso designe según la enfermedad de que se trate.

Servicios franquiciados/precios concertados:

Los tratamientos y servicios enumerados a continuación no tienen cobertura por la póliza y deben ofertarse a precios preferentes; se deberá indicar el precio individual de cada franquicia o precio concertado, en su caso se valorará como mejoras el precio más beneficios para el asegurado:

- Cirugía refractiva de la miopía, hipermetropía y astigmatismo
- Cirugía de la presbicia.
- Servicio de Psicología: si se consumen las sesiones incluidas en la cobertura de la póliza.
- Criopreservación del cordón umbilical
- Osteopatía.

ANEXO III. PÓLIZA DENTAL

Póliza Dental

Las compañías licitadoras deben cumplimentar la siguiente tabla haciendo constar el precio que deberá pagar el asegurado por cada uno de los servicios que figuran en ella:

	FRANQUICIAS SUPLEMENTO DENTAL	tratamientos más comunes
	A) ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
1	Consulta	SI
2	Revisión	SI
3	Consulta urgente	SI
4	Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas)	SI
5	Fluorizaciones. Sesión	
6	Análisis anatomopatológico (biposia)	
	B) PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
7	Ortopantomografía (Panorámica Dental)	SI
8	Telerradiografía Lateral o frontal de cráneo	SI
9	Resonancia Magnética, una región anatómica	SI
10	Estudio Tomográfico (TAC) Una Arcada	
11	Estudio Tomográfico (TAC) Dos Arcadas	
	C) OBTURACIONES	
12	Obturación de Amalgama	SI
13	Obturación de Composite	SI
14	Reconstrucción Coronaria Total (Tornillo, pines incluidos)	SI
	D) ENDODONCIAS PULPECTOMIAS	
15	Endodoncias Unirradiculares	SI
16	Endodoncias Birradiculares	SI
17	Endodoncias Multirradiculares	SI
18	Reendodoncias (birradicular o multirradicular)	SI
	E) PERIODONCIAS	
19	Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas)	SI
20	Periodontograma	SI
21	Injerto libre de encía	
22	Curetaje por cuadrante (raspado y alisado radicular)	
23	Mantenimiento periodontal (por arcada)	
24	Gingivectomía parcial (por cuadrante)	
	F) ODONTOPEDIATRÍA	
25	Tratamiento con mantenedor de espacio fijo	
26	Tratamiento con mantenedor de espacio móvil	
27	Selladores oclusales (por pieza)	
28	Obturación de Amalgama	SI
29	Obturación de Composite	SI

30	Colocación corona preformada de metal	SI
	G) ORTODONCIA	
31	Estudio Ortodoncia (fotografías, modelos, estudio cefalométrico)	SI
32	Visitas periódicas de revisión ortodoncia	SI
33	Tratamiento Ortodónico con aparatología fija (cada arcada)	SI
34	Tratamiento Ortodónico con aparatología móvil (cada aparato)	SI
35	Tratamiento ortodónico con Brackets autologables (cada arcada)	SI
36	Reposición de Brackets (unidad)	SI
37	Reposición de Brackets estéticos (unidad)	SI
38	Reposición de Brackets autologables (unidad)	SI
39	Tratamiento Ortodónico con Invisaling (Entrada)	SI
40	Visitas periódicas de revisión ortodoncia Invisaling (Por mes)	SI
41	Estudio Invisaling	SI
	H) PROTESIS	
42	Análisis Oclusal	SI
43	Tallado selectivo	SI
44	Cementación adhesiva	SI
45	Corona metal porcelana	SI
46	Puente fijo porcelana (por pieza)	SI
47	Reparaciones o Composturas de porcelana (por pieza)	SI
48	Puente Maryland (pieza y dos apoyos)	
49	Prótesis removible completa (una arcada)	
50	Prótesis removible completa (dos arcadas)	
51	Prótesis parcial removible acrílico, hasta 6 piezas, total (incluidos los ganchos o retenedores)	
52	Prótesis parcial removible acrílico, de 7 a 10 piezas (incluidos los ganchos o retenedores)	
53	Reparación o composturas (ganchos, refuerzos, retenedores, agregar piezas...)	
54	Prótesis Valplast o Flexite de 1 a 2 piezas	
55	Prótesis Valplast o Flexite de 3 a 5 piezas	
56	Prótesis Valplast o Flexite más de 6 piezas	
57	Esquelético (Estructura base para una o varias piezas)	
58	Esquelético (Terminación en acrílico por pieza)	
59	Composturas (ganchos, refuerzos, retenedores, agregar piezas...)	
	I) CIRUGÍA ORAL	
60	Exodoncia Simple- Extracción pieza dentaria	
61	Cordal incluido. Extracción una pieza con o sin quiste	
62	Quiste Odontogénico	
63	Frenillo lingual o labial. Frenectomía	
	J) IMPLANTOLOGÍA. FASE QUIRURGICA	
64	Colocación de un implante	SI
65	Revisiones implantología	SI
66	Elevación de Seno	
	K) ESTETICA DENTAL	
67	Carillas de porcelana (por pieza)	
68	Corona cerámica sin metal tipo inceram, prodera, empress	
69	Puente cerámica sin metal tipo inceram, prodera, empress (unidad)	
70	Blanqueamiento dental en consulta (lámpara plasma, láser...) total	SI
71	Blanqueamiento dental por pieza cada sesión	SI
72	Blanqueamiento dental en domicilio (férulas, kit y visitas incluidas)	SI

73	Blaqueamiento dental combinado consulta más domicilio	SI
74	Carillas de composite (por pieza)	
	L) PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR-ATM	
75	Estudio Articulación, Anamnesis, Exploración, Toma de registros, Montaje y Análisis en Articulador	
76	Revisión Periódica	
77	Tallado selectivo. Ajuste oclusal (incluye montaje de modelos en articulador semiajustable). Tratamiento completo	
78	Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michingan	
79	Tratamiento con Férula de adelantamiento mandibular	