



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE UNA PÓLIZA DE SEGURO
COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA POR LA FÁBRICA NACIONAL
DE MONEDA Y TIMBRE - REAL CASA DE LA MONEDA

PROCEDIMIENTO ABIERTO

Ref.: PA/1205/410465/2023



ÍNDICE

1. OBJETO DE CONTRATO	4
2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	4
2.1. Naturaleza jurídica.....	4
2.2. Sujetos de la contratación.....	5
2.2.1. Oferentes.....	5
2.2.2. Tomador del seguro y pagador de la prima	5
2.2.3. Asegurados.....	6
2.2.4. Condiciones de contratación.....	8
3. OPERATIVA DEL SEGURO	11
3.1. Cláusula de “error administrativo”	12
4. ALCANCE DEL SERVICIO	12
4.1. Medicina de atención primaria.....	12
4.2. Urgencias.....	12
4.3. Especialidades.....	12
4.4. Medicina preventiva.....	14
4.5. Medios de diagnóstico.....	14
4.6. Hospitalización.....	14
4.7. Prótesis.....	15
4.8. Tratamientos y técnicas especiales.....	16
4.9. Otros servicios.....	17
4.10. Cobertura dental franquiciada.....	17
4.11. Otras garantías cubiertas.....	17
4.11.1. Tratamiento de la esterilidad o infertilidad.....	17
4.11.2. Segunda opinión médica.....	18
4.12. Asistencia en viaje.....	18
4.12.1. Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.....	18
4.12.2. Repatriación de los asegurados.....	19
4.12.3. Regreso anticipado del asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.....	19
4.12.4. Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.....	19
4.12.5. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.....	19



4.12.6. Gastos odontológicos de urgencia.....	20
4.12.7. Envío de medicamentos.....	20
4.12.8. Gastos de prolongación de estancia en un hotel.....	20
4.12.9. Repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes.....	20
4.12.10. Transmisión de mensajes.....	20
4.12.11. Delimitaciones.....	20
5. PRESENTACIÓN OFERTA TÉCNICA.....	20
5.1. Red Asistencial.....	20
5.1.1. Especialidades concertadas en los hospitales de referencia:	20
5.1.2. Número de facultativos en Madrid y Burgos:	21
5.1.3. Número de facultativos resto de España:	21
5.1.4. Cuadro médico cobertura dental franquiciada:	21
5.2. Mejoras	22
5.2.1. Ampliación del número de sesiones o límites económicos:	22
5.2.2. Mejoras de Cobertura:	22
6. OTRAS CONSIDERACIONES	22
6.1. Historial médico del asegurado.....	22
7. MEDIACIÓN DEL CONTRATO.....	22

1. OBJETO DE CONTRATO.

El objeto del presente contrato es la suscripción y formalización de un seguro colectivo de asistencia sanitaria (médico, hospitalaria, quirúrgica y dental), así como la asistencia en viaje, para las personas empleadas de la Fábrica nacional de Moneda y Timbre – Real Casa de la Moneda (FMMT-RCM) y sus familiares reconocidos como asegurados según las condiciones establecidas en el presente pliego y en el pliego de cláusulas administrativas particulares.

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.

En España se proporcionará, como mínimo, a los asegurados la asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica debida a toda clase de enfermedades o lesiones por los servicios que figuran relacionados en el punto 5 de este pliego de prescripciones técnicas.

En concepto de asistencia sanitaria se incluyen las prestaciones médicas en régimen ambulatorio, domiciliario y hospitalario que, en su caso, procedan de conformidad a lo previsto en el punto 5 de este documento.

2.1. Naturaleza jurídica.

Obedecerá a los siguientes planteamientos:

- Las proposiciones ofertadas por los licitadores contendrán mención, en términos que no puedan ser origen de dudas, de los supuestos que quedan excluidos de cobertura.

En consecuencia, los licitadores deberán especificar todas y cada una de las exclusiones aplicables a cada una de las garantías. Dichas exclusiones podrán ser aceptadas por la FNMT-RCM en tanto en cuanto por parte de la misma se considere que no contradicen las premisas fundamentales objeto de la cobertura de este contrato. En caso contrario la FNMT-RCM podrá desestimar la oferta.

- La póliza de seguro que se suscriba incorporará en el contrato como parte de la misma, además de las condiciones generales, particulares y franquicias dentales, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y el presente Pliego de Prescripciones Técnicas firmados por todas las partes implicadas en la contratación. Todo ello configurará el contrato de seguro.

Se entenderá que no existe ninguna exclusión o limitación adicional a las garantías de este contrato si no han sido relacionadas expresamente por el licitador

Si aun así existieran discrepancias, se considerará cubierto por el seguro colectivo de asistencia sanitaria con cargo a la compañía aseguradora toda prueba o servicio que estén cubiertos por el Servicio Público de Salud.

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 que vaya en contra de los mismos.

Para ello, y con el objetivo de velar por la calidad asistencial del asegurado, recuperación del paciente y el seguimiento y control de la siniestralidad conforme al marco estipulado en el presente pliego, se formará una comisión integrada por cuatro miembros; dos representando al Tomador, uno a la Aseguradora y otro al Corredor de Seguros.

La comisión analizará la información aportada por la aseguradora correspondiente al uso y gasto realizado en la póliza durante el periodo considerado y tratarán aquellas incidencias objeto de la cobertura de la asistencia médica y dental objeto del servicio.

El gasto de la póliza atenderá a los baremos concertados por el asegurador y criterios económicos basados en costes razonables y acostumbrados.

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.

La información sobre uso y gasto de la póliza aportada por el asegurador como mínimo contendrá para colectivo (básico y abierto) y áreas geográficas, (Madrid, Burgos, resto del territorio):

- Número de asegurados en el periodo considerado.
- Primas aportadas en el periodo considerado
- Gasto realizado en el periodo considerado
- Prima Asegura Mes en el periodo considerado (PAM)
- Gasto Asegurado Mes, en el periodo considerado (GAM)
- Distribución del gasto entre empleados, familiares y colectivo abierto.
- Distribución del gasto por tramos de edad y sexos.
- Detalle del número de servicios y costes en el ámbito hospitalario por especialidad.
- Detalle del número de servicios y costes en el ámbito extrahospitalario por especialidad.
- Relación de al menos los 10 siniestros de mayor gasto indicando patología, región dónde se produce, colectivo asegurado (básico o abierto), edad y sexo del asegurado, si se produce en el ámbito hospitalario o ambulatorio y cuantía.
- Información de los centros hospitalarios en donde se produce el gasto y peso del mismo sobre el gasto hospitalario.
- Detalla del uso de la telemedicina.
- Prestaciones que generan controversia o han sido pagos comerciales, describiendo técnica y estimando o cuantificando el coste.

2.2. Sujetos de la contratación.

2.2.1. Oferentes.

Las entidades aseguradoras, que deberán estar inscritas en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la autorización precisa en el ramo de actividad de seguro de enfermedad y de asistencia sanitaria.

2.2.2. Tomador del seguro y pagador de la prima.

- a) Para el colectivo básico actuará como Tomador del Seguro y pagador de la prima íntegra la FNMT – RCM.

-
- b) Para el colectivo abierto actuará como Tomador del Seguro y pagador de la prima íntegra, o de cualquier otro gasto que pudiera generarse, cada asegurado. Para cada uno de estos asegurados se emitirá una póliza particular, con referencia a la del colectivo básico, respetando las mismas condiciones excepto la prima.
- c) Las franquicias derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dental son por cuenta del asegurado, independientemente del colectivo al que pertenezca.

2.2.3. Asegurados.

A efectos de este contrato se considerarán asegurados:

2.2.3.1. Colectivo básico (2.900 asegurados):

La totalidad de la prima será a cargo de la FNMT-RCM.

- Empleados en activo, teniendo también esta consideración los trabajadores jubilados parciales.
- Cónyuges y parejas de hecho debidamente registradas.
- Hijos hasta la edad máxima de 24 años, causando baja automática el último día del mes en que se cumplan (En caso de discapacidad física, psíquica o sensorial no habrá limitación de edad para el hijo afectado)
- Personal en suspensión del contrato de trabajo con reserva de puesto por excedencia derivada del cuidado de familiares hasta segundo grado.
- Personal en suspensión del contrato de trabajo por agotamiento del plazo máximo de duración de la IT, hasta que se produzca resolución del INSS con reconocimiento de incapacidad permanente.

2.2.3.2. Colectivo abierto:

La totalidad de la prima, o cualquier otro gasto que pudiera generarse, será a cargo de cada asegurado.

- Hijos de empleados en activo mayores de 24 años.
- Jubilados que hasta el momento de pasar a esa situación de jubilación estén asegurados en el colectivo básico como trabajadores en activo, así como los familiares que tuvieran en la póliza.

El término "jubilado" en este colectivo abierto debe entenderse referido tanto a los trabajadores que pasen a la situación de pensionistas por razón de la edad (ordinaria o anticipada) como por reconocimiento de incapacidad permanente mediante resolución del INSS.

El colectivo asegurado estará cubierto de todos los riesgos que más adelante se indican sin que proceda limitación alguna por razón de la edad o como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas ni por accidentes previos a la entrada en vigor de la cobertura.

Para la consideración de una persona como integrante del grupo asegurado de la póliza será prueba suficiente una notificación expedida por el Tomador a la compañía aseguradora.

A modo informativo, los grandes colectivos a los que irá destinada la póliza son los siguientes:



a) Situación actual de empleados y familiares del Colectivo Básico:

Tramos de edad	HOMBRES			MUJERES			Total general
	Familiares	Titulares	Totales	Familiares	Titulares	Totales	
<10	146		146	143		143	289
10-14	107		107	127		127	234
15-19	113		113	129		129	242
20-24	80	2	82	89	2	91	173
25-29	1	5	6	2	2	4	10
30-34	1	18	19	15	14	29	48
35-39	4	69	73	44	25	69	142
40-44	14	115	129	78	20	98	227
45-49	25	203	228	121	61	182	410
50-54	19	156	175	120	59	179	354
55-59	14	164	178	124	47	171	349
60-64	13	183	196	89	25	114	310
65-69	10	15	25	14	2	16	41
70 o más	1		1	1		1	2
Total	548	930	1478	1096	257	1353	2831

Distribución por provincia:

- 80% Madrid
- 13% Burgos
- 7% resto territorio

b) Situación actual de asegurados del Colectivo Abierto:

Tramos de edad	HOMBRE	MUJER	TOTAL GENERAL
< 10	1	4	5
10 - 14	1		1
15-19	2	1	3
20-24	6	12	18
25-29	53	77	130
30-34	49	73	122
35-39	64	76	140
40-44	39	48	87
45-49	11	16	27
50-54	4	6	10
55-59	1	19	20
60-64	31	95	126
65-69	212	205	417
70 o más	204	153	357
Total	678	785	1463

Distribución por provincia:

- 92% Madrid
- 6% Burgos
- 2% resto territorio

Los datos corresponden al mes de enero de 2023.

2.2.4. Condiciones de contratación.

2.2.4.1. Cobertura y exclusiones.

Las garantías del presente contrato surtirán efecto dentro del territorio nacional, y en el extranjero en cuanto a la asistencia en viaje se refiere, que tiene su propio tratamiento en este pliego de prescripciones. En cuanto al ámbito temporal, la cobertura debe prestarse durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Quedan cubiertos todos los riesgos, excepto los profesionales inherentes a la actividad propia de la FNMT-RCM, incluso durante los viajes; no obstante, teniendo en cuenta el ámbito de la póliza, aunque el viaje esté motivado por temas de trabajo, si se realiza en territorio nacional se asume por la póliza la asistencia sanitaria a través de su cuadro médico siempre que la necesidad obedezca a enfermedad común o accidente no laboral. Si el viaje de trabajo es al extranjero se estará a lo dispuesto en el condicionado específico de seguro de asistencia en viaje.

No procede limitación ni exclusión alguna por razón de edad o como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas ni por accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura.

2.2.4.2. Periodos de carencia.

Para el colectivo básico, así como a sus familiares, no será de aplicación ningún periodo de carencia de cuantos contengan las Condiciones Generales de la Póliza, existiendo pues plenitud de derechos desde el mismo día de la incorporación de un asegurado a la Póliza.

Para el colectivo abierto será también de aplicación lo expuesto en el párrafo anterior siempre que contraten por su cuenta la póliza en el plazo máximo de tres meses a contar desde la fecha en que exista posibilidad de hacerlo, o lo que es igual, desde que se genere el derecho.

2.2.4.3. Boletín de adhesión y cuestionario de salud.

Al colectivo básico, así como a sus familiares, no será de aplicación la cumplimentación del boletín de adhesión ni del cuestionario de salud. En consecuencia, la Compañía adjudicataria renuncia expresamente a su derecho de rechazo de las solicitudes de incorporación que presente el Tomador de esta Póliza.

Al colectivo abierto tampoco se le exigirá la cumplimentación del boletín de adhesión ni del cuestionario de salud siempre que contraten por su cuenta la póliza en el plazo máximo de tres meses a contar desde la fecha que exista posibilidad de hacerlo, o lo que es igual, desde que se genere el derecho.

2.2.4.4. Copago por los servicios médicos recibidos.

No será de aplicación ninguna franquicia en concepto de copago por los actos médicos recibidos por los Asegurados, siendo por tanto el copago de cero euros tanto para el colectivo básico como para el abierto.

2.2.4.5. Otras condiciones que regirán en el contrato que se suscriba.

Dentro del periodo estipulado como duración del contrato se mantendrán todas las garantías concertadas no pudiendo la compañía aseguradora rescindir la póliza sea cual sea el número de siniestros que se produzcan y las cuantías de las correspondientes indemnizaciones, respetando los límites en cada caso señalados para cada siniestro.

La Compañía asumirá, en su totalidad, los gastos que se originen desde la entrada en vigor de la póliza por los servicios prestados por el cuadro médico de la compañía contratada anteriormente por el cuadro médico de la aseguradora entrante, a los asegurados que se encuentren en ese momento en fase de tratamiento, en base al siguiente protocolo de tratamientos en curso.

Estos tratamientos se clasifican en las categorías siguientes:

ASISTENCIA EXTRA HOSPITALARIA: Se habilitará una cobertura especial del 100% de reembolso de las facturas presentadas por facultativos/ centros médicos no concertados, durante el primer mes de contrato. Se facilitará información personal a cada asegurado afectado por una patología que requiera tratamiento continuado para poder derivar su tratamiento a un especialista o centro concertado.

ASISTENCIA HOSPITALARIA: Intervenciones quirúrgicas programadas. En caso de que no hubiese concierto con la clínica o facultativo, se asumirán los gastos derivados de dichas intervenciones durante los 3 primeros meses de implantación de la póliza

EMBARAZOS EN CURSO: La compañía asumirá el seguimiento del embarazo, parto, puerperio de aquellas aseguradas que ya estén siendo seguidas por obstetras ajenos a su cuadro médico en la fecha de efecto de la póliza, y que hayan superado el primer trimestre de gestación. Igualmente se asume la asistencia que pudiese precisar el neonato (términos previstos en el pliego).

Las pruebas diagnósticas que facultativos ajenos al cuadro pudiesen prescribir serán cubiertas durante el proceso del embarazo y se realizarán en centros concertados por la compañía.

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Si el paciente está en tratamiento activo (esto es, no sólo en seguimiento periódico de un proceso estabilizado), podrá finalizar dicho tratamiento con el médico que le estuviese asistiendo, así como realizar sus revisiones por un periodo máximo de 6 meses.

PROCESOS ONCOLÓGICOS: Si el paciente está en tratamiento activo (esto es, no sólo en seguimiento periódico de un proceso estabilizado), podrá finalizar dicho tratamiento con el médico que le estuviese asistiendo, así como realizar sus revisiones por un periodo máximo de 12 meses.

PROCESOS AGUDOS: Si el paciente está en tratamiento activo, la compañía asumirá el tratamiento hasta su finalización y el seguimiento posterior por un periodo máximo de 3 meses.

PSICOLOGÍA: Se garantiza el tratamiento que se esté realizando hasta un máximo de 3 meses. La no asunción de esta cláusula supone por sí misma condición excluyente de la oferta.



La compañía aseguradora se compromete en las consultas programadas a citar a las personas que demanden asistencia sanitaria (salud y dental) en el tiempo máximo de una semana.

Con el objeto de que el licitador pueda valorar el alcance de este punto, se facilita información de siniestralidad referente al importe del gasto, tramos de edades con mayor gasto, centros hospitalarios dónde se concentra el gasto y las patologías que originan el mayor gasto.

- Importe y distribución del gasto por colectivos.**

Cliente	COLECTIVO DE ACTIVOS			COLECTIVO DE PASIVOS		
	2020	2021	2022 (*)	2020	2021	2022 (*)
Asegurados	3096	3.089	3.072	1226	1.356	1.424
% Siniestralidad	80,10%	85,10%	74,90%	126,70%	143,20%	131,40%

(*) 2022 incluye los gastos hasta octubre

- Distribución del gasto del gasto por tramos de edad y ámbito en 2022 (*)**

Tramo de edad	% gasto
0-14	3,42%
15-29	5,22%
30-44	15,16%
45-59	18,62%
60-69	33,65%
70 o más	23,93%
Total	100%

(*) 2022 incluye los gastos hasta octubre

- Gastos por especialidades.**

Especialidad	% Gasto
ALERGOLOGIA	4,69%
APARATO DIGESTIVO	8,87%
CARDIOLOGIA	23,14%
DERMATOLOGIA MEDICO-QUIRURGICA Y VENEREO	17,38%
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	8,35%
HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	3,26%
MEDICINA INTERNA	3,31%
NEFROLOGIA	0,64%
NEUMOLOGIA	5,18%
NEUROLOGIA	7,19%
ONCOLOGIA MEDICA	2,42%
PSICOLOGIA	8,71%
PSIQUIATRIA	3,72%
REUMATOLOGIA	3,14%

- Centros hospitalarios en donde se produce el mayor gasto.**

Centro hospitalario	Lugar	% s/gasto
Quironsalud Madrid	Madrid	10,81%
Hospital Universitario HLA Moncloa	Madrid	7,55%
Hospital Puerta del Sur	Madrid	5,81%



Hospital Recoletas	Burgos	3,88%
Quironsalud Sur	Madrid	3,35%

3. OPERATIVA DEL SEGURO.

Una vez adjudicado el servicio y firmado el contrato correspondiente, la empresa adjudicataria deberá designar en el plazo de 24 horas una persona o unidad de la misma a través de la cual se canalizarán las relaciones con el corredor y la FNMT – RCM. También pondrá a disposición de los asegurados una línea directa de atención personalizada y una Dirección de correo tanto para el conocimiento de todos los aspectos relacionados con la cobertura del seguro como para la gestión administrativa derivada de la tramitación de siniestros.

La FNMT – RCM comunicará a la empresa adjudicataria, a través del corredor designado, mediante fichero informático y con la debida antelación al inicio de la necesidad de cobertura aseguradora, los siguientes datos de todas las personas a asegurar:

- NIF/pasaporte
- Apellidos y nombre
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Dirección completa de envío de documentación

A partir de ese momento, y durante la vigencia del contrato, el Tomador se obliga a comunicar mensualmente a la Compañía contratada las altas y bajas de asegurados, los cambios de domicilio y, en general, cuantas variaciones de datos del colectivo, así como cualquier circunstancia que tenga influencia en el seguro.

Las altas de asegurados tendrán efecto desde la fecha de comunicación por el Tomador del Seguro y las bajas desde el día uno del mes siguiente.

En los supuestos de hijos recién nacidos, así como en las situaciones de adopción y acogimiento, el derecho a la asistencia sanitaria nace desde la misma fecha de nacimiento, adopción y acogimiento.

La Compañía adjudicataria facilitará a cada uno de los asegurados un documento explicativo de las coberturas del seguro incluyendo, igualmente, la operativa a seguir en caso de necesitar asistencia médica y la tarjeta acreditativa de su condición de asegurado. Todo ello, será remitido por la entidad aseguradora en los siete días naturales siguientes a recibir la comunicación de la FNMT – RCM.

En el caso de que algún asegurado necesitase asistencia y no dispusiera del documento explicativo de las coberturas del seguro habrá de facilitársele de inmediato la documentación precisa para hacer efectiva dicha asistencia. En todo caso, la aseguradora se hará cargo de las facturas generadas motivadas por urgencias debidamente justificadas o ante la falta de medios en el entorno donde se encuentre el asegurado.

El pago de la prima se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente de la Compañía y con la emisión de esta de un único recibo mensual que incluya la suma total de primas correspondiente a los asegurados incluidos en el colectivo básico que se encuentren en alta en el mes a que se refiere, que se hará efectivo a los 30 días de su presentación.

La emisión de la prima del mes en curso se realizará contabilizándose los asegurados en vigor, aplicándose a dicho mes la regularización de las altas comunicadas en dicho periodo con la imputación proporcional de prima de acuerdo al número de días en alta y las bajas del mes anterior.

La pérdida de la condición de Empleado implicará, con los condicionantes establecidos en el presente Pliego, la extinción de la cobertura para él y también para sus familiares, salvo que dicha baja esté motivada por jubilación o incapacidad permanente y el trabajador haga uso del derecho que le asiste para mantener la póliza integrándose en el colectivo abierto. No será de aplicación este párrafo cuando la pérdida de la condición de empleado tenga carácter temporal con reserva de puesto de trabajo y esté motivada por excedencia por cuidado de familiares hasta segundo grado o agotamiento del plazo máximo de duración de la incapacidad temporal hasta que se produzca resolución del INSS en materia de incapacidad permanente.

3.1. Cláusula de “error administrativo”.

Si en caso de error u olvido no malintencionado del Tomador no se hubiera incluido en póliza a un asegurado y precisara hacer uso de la cobertura que se provee por esta póliza, la compañía hará frente a la cobertura en los términos previstos. El alta en póliza se producirá desde la fecha en la que hubiera debido de ser efectiva en la misma y el Tomador acreditará el carácter de Asegurable por la póliza de la persona o personas afectadas por el error administrativo.

Será prueba suficiente una certificación de tal extremo expedida por FNMT-RCM.

4. ALCANCE DEL SERVICIO.

Las prestaciones sanitarias cubiertas por esta póliza son las correspondientes al siguiente detalle:

4.1. Medicina de atención primaria.

- **Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio. Prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- **Pediatría, Neonatología y Puericultura de zona.** Para menores de catorce años. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Enfermería.** Servicio de ATS./D.U.E. En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama o tenga imposibilidad de desplazarse de forma autónoma y previa prescripción de un médico de la Compañía.

4.2. Urgencias.

Servicio Permanente de Urgencia, que se prestará en el centro o centros que consten en el catálogo de servicios entregado por la Compañía aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por médico generalista y/o ATS.

4.3. Especialidades.

Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del médico de la Compañía aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología.
- Anestesiología y Reanimación, incluida anestesia epidural.
- Angiología y Cirugía Vasculard.
- Aparato Digestivo.



-
- Cardiología.
 - Cirugía Artroscópica.
 - Cirugía Bariátrica limitada a los casos de obesidad mórbida y/o obesidades severas (tipo II) y que tengan asociadas patologías (endocrinas, óseo/articulares, y/o psicológicas).
 - Cirugía Cardiovascular.
 - Cirugía General y del Aparato Digestivo.
 - Cirugía Maxilo-Facial.
 - Cirugía Pediátrica.
 - Cirugía Plástica Reparadora. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, incluida la implantación de expansores y prótesis mamaria si fuera necesario, así como el uso de cualquier otra técnica de reconstrucción si así fuera indicado (reconstrucción con tejido adiposo de la paciente) y las técnicas más actuales de reconstrucción del conjunto areola/pezón. A efectos de cobertura tendrá la consideración de cirugía reparadora, en casos de cáncer de mama, la cirugía efectuada sobre la mama contralateral con el fin de restituir la imagen corporal de la paciente. Tratamiento a quemados sea cual sea la extensión de superficie corporal afectada.
 - Cirugía Torácica.
 - Dermatología médico quirúrgica.
 - Endocrinología y Nutrición.
 - Geriatria.
 - Hematología y Hemoterapia.
 - Inmunología
 - Medicina Interna.
 - Medicina Nuclear
 - Nefrología.
 - Neonatología.
 - Neumología. Aparato Respiratorio.
 - Neurocirugía.
 - Neurofisiología Clínica.
 - Neurología.
 - Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. Odonto-Estomatología. Únicamente se encuentran cubiertas las consultas, curas estomatológicas, extracciones, radiología y limpieza de boca. El resto de servicios Odonto-Estomatológicos formarán parte de la cobertura dental franquiciada.
 - Oftalmología.
 - Oncología Médica. Se cubre la medicación hospitalaria, aunque su administración se realice en régimen ambulatorio, incluso en el domicilio del paciente.
 - Oncología Radioterápica. Se cubre la medicación hospitalaria, aunque su administración se realice en régimen ambulatorio, incluso en el domicilio del paciente
 - Otorrinolaringología.
 - Proctología. Cirugía ano-rectal.
 - Psiquiatría.
 - Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un médico de la Compañía.
 - Reumatología.
 - Tratamiento del Dolor.
 - Traumatología y Cirugía Ortopédica.
 - Urología.



4.4. Medicina preventiva.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** Incluye consultas y pruebas diagnósticas para la detección precoz de patología prostática, afectando al colectivo masculino de 50 o más años, o desde los 40 cuando existan antecedentes familiares de tipo maligno.
- **Oftalmología.** - Detección precoz patología ocular.
- **Prevención del cáncer colorrectal** para personas mayores de 45 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico (SOH) y colonoscopia y anatomía patológica en caso necesario.

4.5. Medios de diagnóstico.

- **Análisis clínicos:** En todos sus diferentes campos analíticos (bioquímica, hematología, hemograma, urianálisis, microbiología, parasitología, genética, anatomía patológica quirúrgica, citopatología, etc.)
- **Radiodiagnóstico:** todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros medios de diagnóstico:** doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.
- **Medios de diagnóstico de alta tecnología:** inmunohistoquímica, ergometría, hemodinámica vascular, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), PET/TAC. También tienen esta consideración las manometrías y Phmetrías, que se realizarán con sedación o anestesia bajo criterio del médico que las prescriba.
- **Pruebas Genéticas:** quedan cubiertas aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades.
- **Medios de diagnóstico intervencionista:** radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por médicos de la Compañía que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

4.6. Hospitalización.

Se realizará en centros propios o concertados por la Compañía bajo las siguientes condiciones:

- a) **Hospitalización obstétrica (Partos).** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de la Compañía aseguradora.
- b) **Hospitalización quirúrgica.** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de la Compañía aseguradora.

Queda incluida la reconstrucción de mama tras mastectomía radical, la ligadura de trompas y la vasectomía.

- c) **Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).** Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la Aseguradora.

La duración del internamiento será determinada por el médico de la Compañía encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

- d) **Hospitalización de día.**
- e) **Hospitalización en UVI.** Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Compañía aseguradora (por su naturaleza no se incluye cama para acompañante). La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufra el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.
- f) **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista de la Compañía aseguradora de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día sin límite de tiempo. También se incluye la hospitalización psiquiátrica en las mismas condiciones como consecuencia de trastornos de la alimentación, alcoholismo crónico, drogadicción, intento de suicidio y autolesiones. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Compañía aseguradora. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

4.7. Prótesis.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (a excepción de las dentarias) correrán a cargo de la Compañía.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será por cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (en caso de mastectomía radical), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales, bifocales y trifocales en el tratamiento de las cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor, así como cualquier otra prótesis quirúrgica interna (excepto las dentarias), injertos óseos (excepto los relacionados con prestaciones dentarias) y los materiales utilizados para técnicas de osteosíntesis. En todos los casos debe prescribir la necesidad un profesional del cuadro médico de la compañía aseguradora.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas será por cuenta del asegurado.

4.8. Tratamientos y técnicas especiales.

- Aerosolterapia-ventiloterapia. Valoración apnea del sueño y todas aquellas pruebas que sean necesarias para establecer un diagnóstico.
-
- Diálisis y riñón artificial. Incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal, tanto en procesos agudos como crónicos
- Drenaje Linfático. - Para situaciones derivadas de tratamiento oncológico y trasplante de órganos.
- Electro radioterapia: radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- Enfermedades Infecciosas: Quedará incluida la asistencia derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste, así como otras enfermedades infecciosas.
- Foniatría. Exclusivamente como rehabilitación tras laringectomía (Extirpación de laringe) o proceso neoplásico que lo requiera.
- Laparoscopia. Como técnica quirúrgica, cuando a criterio médico sea la mejor opción.
- Láser Verde y láser Holmium, para cirugía, así como mediante robot quirúrgico Da Vinci.
- Laserterapia. Queda incluida en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo esquelética y el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología e intervenciones quirúrgicas ginecológicas, urológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.
- Litotricia Renal y Vesical.
- Logopedia
- Microcirugía: Como técnica quirúrgica, cuando a criterio médico sea la mejor opción.
- Nucleotomía percutánea.
- Obesidad Mórbida. - Siempre que el paciente reúna médicamente los criterios para ser considerado como tal, se realice en centros concertados por la compañía y de acuerdo con las técnicas quirúrgicas aceptadas por la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad.
- Ortóptica.
- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.
- Psicoterapia: Con cargo íntegro a la compañía aseguradora se establece un límite de 20 sesiones al año y como máximo 40 sesiones en caso de terapia derivada de trastornos alimentarios. En el supuesto de necesitar un número mayor de sesiones a criterio médico se establecerá una franquicia máxima de veinticuatro (24) euros / sesión a cargo del paciente. Siempre previa prescripción de un psiquiatra del cuadro médico de la Compañía aseguradora y pediatra en su caso.
- Psiquiatría. - Quedan incluidos los tratamientos derivados de trastornos de la alimentación, alcoholismo crónico, drogadicción, intento de suicidio y autolesiones, previa prescripción de un psiquiatra del cuadro médico de la Compañía aseguradora.
- Quimioterapia y oncología radioterápica. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Compañía aseguradora asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendrán en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, así como la medicación hospitalaria, aunque su administración se realice en régimen ambulatorio, incluso en el domicilio del paciente.
- Radioterapia: incluye el tratamiento con acelerador lineal y la radioneurocirugía en las indicaciones en las que esta técnica esté expresamente indicada.
- Transfusiones de sangre y/o plasma.
- Tratamientos de Estimulación Precoz. - Se realizarán en centros propios o concertados, previa prescripción médica y con autorización previa de la compañía.

- Tratamiento del Dolor.
- Vertebroplastia y Cifoplastia.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por médicos de la Compañía aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

4.9. Otros servicios.

- **Ambulancias.** Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del asegurado desde su domicilio al centro sanitario o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico de la Compañía, salvo en caso de urgencia.
- **Matronas,** en la asistencia hospitalaria al parto.
- **Preparación al Parto.**
- **Podología,** limitado a seis sesiones por año.

4.10. Cobertura dental franquiciada.

La Compañía aseguradora garantizará a través de los Centros y Profesionales propios o concertados por ésta la cobertura dental necesaria, siendo por parte del asegurado el pago de la franquicia debida de acuerdo con los precios que resulten de aplicación para cada uno de los servicios que se mencionan en el Anexo II "Criterios para la valoración de las ofertas" del PCAP.

Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, salvo en aquellos casos que sea imposible efectuar el tratamiento en consulta, que se realizará en ámbito hospitalario a determinar por la aseguradora y con anestesia general si resultara necesario.

No se considerará excluyente, y por lo tanto queda incluida en la póliza dental, la asistencia sanitaria que se precise por las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas y autolesiones.

4.11. Otras garantías cubiertas.

4.11.1. Tratamiento de la esterilidad o infertilidad.

La Compañía garantizará el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad de acuerdo a los principios de la legislación vigente sobre la materia, siempre que se deba a la existencia de un proceso patológico. Esta cobertura únicamente se prescribirá y prestará en los Centros y Profesionales concertados con la Compañía. Será por cuenta de la Compañía la criopreservación del semen durante el plazo que marque la ley, tanto para aquellos asegurados que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos, de radioterapia o quimioterapia, así como la criopreservación de embriones congelados sobrantes de un ciclo de FIV (fertilización in Vitro).

Los límites máximos que se establecerán por asegurada son:



Tratamientos				
	Inducción/ Ovulación	Inseminación Artificial	Fecundación In Vitro (FIV)	FIV Donación de Ovocitos
Edad	42 años	42 años	42 años	45 años
Ciclos	4	6	4	3

Asimismo, y sobre esta garantía, se tendrá en cuenta:

- Cuando existan embriones congelados sobrantes de un ciclo FIV autorizado, se entenderá que la transferencia de embriones forma parte del mismo ciclo FIV en que se obtuvieron los embriones.
- Si la asegurada abortara y hubiera finalizado el número máximo de ciclos establecidos, se convendrá la repetición por una sola vez de un nuevo ciclo.
- Será parte del coste del tratamiento empleado, aquellos gastos relativos a los donantes.
- Son por cuenta del asegurado los medicamentos que se adquieran en las oficinas de farmacia, aunque estén prescritos por profesionales del cuadro médico de la compañía aseguradora.

4.11.2. Segunda opinión médica.

Por esta garantía un asegurado, ante un diagnóstico de una enfermedad grave, podrá recabar un informe de evaluación del caso emitido por un médico de reconocido prestigio a nivel mundial, todo ello sin necesidad de desplazarse y sin que ello suponga coste adicional alguno para el asegurado.

4.12. Asistencia en viaje.

Como complemento a las coberturas asistenciales descritas anteriormente, está la asistencia en viaje, cuya protección se desarrolla fuera del territorio nacional e incluye las siguientes prestaciones:

4.12.1. Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la Compañía se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la Compañía se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y Países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será un avión sanitario especial.

En todo caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

4.12.2. Repatriación de los asegurados.

Cuando a uno de los asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación a la garantía anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Compañía se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta donde esté hospitalizado el asegurado repatriado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando estos fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarlos en el viaje de regreso.

4.12.3. Regreso anticipado del asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.

Si en el transcurso del viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la Compañía se hará cargo de los gastos de su transporte, hasta el lugar en España de inhumación del familiar y en su caso, de los billetes de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

4.12.4. Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y la duración de su internamiento se prevea superior a los 5 días, la Compañía pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado. Además, el asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 60 € por día y con un máximo de 600 €.

4.12.5. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria la Compañía se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por la Compañía por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, será de 12.000 €.

4.12.6. Gastos odontológicos de urgencia.

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas, el asegurado requiere un tratamiento de urgencia, la Compañía se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta 240 €.

4.12.7. Envío de medicamentos.

La Compañía se encargará del envío de los medicamentos, prescritos por un facultativo, necesarios para la curación del asegurado, siempre que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se halle.

4.12.8. Gastos de prolongación de estancia en un hotel.

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, la Compañía se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 60 € por día y con un máximo de 600 €.

4.12.9. Repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes.

La Compañía se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de la repatriación hasta el lugar de inhumación en España. En el caso de que los familiares de los asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza, para acompañarlos en el viaje, la Compañía pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

4.12.10. Transmisión de mensajes.

La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

4.12.11. Delimitaciones.

No podrán considerarse como causas excluyentes las enfermedades o lesiones que existan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones o recaídas.

5. PRESENTACIÓN OFERTA TÉCNICA.

5.1.- AMPLITUD RED ASISTENCIAL:

5.1.1.- Especialidades concertadas en los hospitales de referencia: se cumplimentarán los datos del **Anexo VIII TABLAS RED ASISTENCIAL** del PCAP.

El licitador deberá acreditar mediante certificación del centro, el nivel de concierto presentado en la oferta.

El licitador se compromete a prestar el servicio en los centros y especialidades incluidos durante la duración del contrato.

5.1.2. - Número de facultativos en Madrid y Burgos: se cumplimentarán los datos del **Anexo VIII TABLAS RED ASISTENCIAL del PCAP.**

La compañía se compromete a mantener un nivel similar de concierto, tanto cuantitativo como cualitativo durante la duración del contrato, pudiendo ser motivo de rescisión del mismo en caso de pérdida o disminución de más de un 20 % del cuadro ofertado en cada provincia.

Deberá acompañarse a la propuesta cuadro médico nominativo por cada uno de los conceptos a valorar, cuyo contenido numérico debe reflejarse en la tabla que figura como **Anexo VIII** del pliego de cláusulas administrativas particulares y que se presentará como parte de la oferta, cumplimentada por cada uno de los conceptos que se mencionan en ese Anexo.

Se deberán tener en cuenta las observaciones que en cada uno de dichos puntos se indica con el fin de que no se duplique la existencia, fundamentalmente en el caso de profesionales, por el hecho de que presten servicio en diferentes centros o consultas privadas por la misma especialidad.

5.1.3. - Número de facultativos resto de España: se cumplimentarán los datos del **Anexo VIII TABLAS RED ASISTENCIAL del PCAP.**

La compañía se compromete a mantener un nivel similar de concierto, tanto cuantitativo como cualitativo durante la duración del contrato, pudiendo ser motivo de rescisión del mismo en caso de pérdida o disminución de más de un 20 % del cuadro ofertado en cada provincia.

Deberá acompañarse a la propuesta cuadro médico nominativo por cada uno de los conceptos a valorar, cuyo contenido numérico debe reflejarse en la tabla que figura como **Anexo VIII** del pliego de cláusulas administrativas particulares y que se presentará como parte de la oferta, cumplimentada por cada uno de los conceptos que se mencionan en ese Anexo.

Se deberán tener en cuenta las observaciones que en cada uno de dichos puntos se indica con el fin de que no se duplique la existencia, fundamentalmente en el caso de profesionales, por el hecho de que presten servicio en diferentes centros o consultas privadas por la misma especialidad.

5.1.4.- Cuadro médico cobertura dental franquiciada: se cumplimentarán los datos del **Anexo IX TABLA DE CUADRO MÉDICO COBERTURA DENTAL FRANQUICIADA del PCAP.**

La compañía se compromete a mantener un nivel similar de concierto, tanto cuantitativo como cualitativo durante la duración del contrato, pudiendo ser motivo de rescisión del mismo en caso de pérdida o disminución de más de un 20 % del cuadro ofertado en cada provincia.

Deberá acompañarse a la propuesta cuadro médico nominativo por cada uno de los conceptos a valorar, cuyo contenido numérico debe reflejarse en la tabla que figura como **Anexo IX** del pliego de cláusulas administrativas particulares y que se presentará como parte de la oferta, cumplimentada por cada uno de los conceptos que se mencionan en ese Anexo.



Se deberán tener en cuenta las observaciones que en cada uno de dichos puntos se indica con el fin de que no se duplique la existencia, fundamentalmente en el caso de profesionales, por el hecho de que presten servicio en diferentes centros o consultas privadas por la misma especialidad.

5.2.- MEJORAS:

5.2.1.- Ampliación del número de sesiones o límites económicos: se cumplimentará el cuadro que figura en el **Anexo I** del PCAP.

La aseguradora indicará en la oferta, el número de sesiones o límite económico que ampliará sobre los mínimos indicado en el presente pliego.

5.2.2.- Mejoras de Cobertura: se cumplimentará el cuadro que figura en el **Anexo I** del PCAP.

La aseguradora indicará en la oferta con un “Sí” o un “No”, si incluye como mejoras las coberturas del Anexo I del PCAP.

6. OTRAS CONSIDERACIONES.

6.1. Historial médico del asegurado.

La compañía aseguradora entrante deberá recabar, si el asegurado así lo requiere porque tenga que cambiar de médico o de odontólogo, los historiales correspondientes de los profesionales médicos y centros hospitalarios que prestaron la asistencia por pertenecer al cuadro médico de la aseguradora saliente.

7. MEDIACIÓN DEL CONTRATO.

La administración del presente contrato se llevará a cabo a través de la correduría de seguros Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, SAU, la cual ha sido adjudicataria de los Servicios de Correduría de Seguros para la FNMT-RCM de acuerdo con la LCSP. Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, SAU, será retribuido por la Entidad Aseguradora adjudicataria mediante la comisión habitual en el mercado asegurador para el ramo de seguro objeto de licitación.

La Directora de Personal y Relaciones Laborales,

Fdo.: Inmaculada Sánchez Montes