

**CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA PARA
EMPLEADOS DE IFEMA, FERIA DE MADRID**

EXP. - 23/106 – 2000022718

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

**COMISIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN
MADRID, JUNIO DE 2023**

ÍNDICE

1. OBJETO DEL SERVICIO.....	3
2. MODALIDAD DEL SEGURO.....	3
3. TOMADOR DEL SEGURO.....	3
4. ASEGURADOS.....	3
5. IMPORTE Y PAGO DE LAS PRIMAS	4
6. EFECTO Y DURACIÓN DE LA PÓLIZA	5
7. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA.....	5
8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTENIDO DE LA PÓLIZA, PRESTACIONES O GARANTÍAS DEL SEGURO A CONTRATAR.....	5
9. FUNCIONES A REALIZAR POR LA CORREDURÍA	8
10. DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	9
11. PARTICIPANTES.....	9
12. CUADRO DE ESPECIALIDADES COBERTURAS MÍNIMAS	10
13. RESPONSABLE DEL SERVICIO.....	12
14. PERSONAS DE CONTACTO.....	12

1. OBJETO DEL SERVICIO. -

Contratación de IFEMA, como tomador de la póliza, de un seguro colectivo de salud para sus empleados, conforme a las condiciones que se especifican en el presente pliego, las cuales tienen consideración de coberturas mínimas.

2. MODALIDAD DEL SEGURO.-

Seguro de Asistencia Sanitaria médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades, accidentes o lesiones, con inclusión de asistencia primaria, así como todas las especialidades médicas, prestaciones quirúrgico-sanitarias y otros servicios asistenciales en su caso. El asegurado podrá acudir a los Facultativos o servicios que figuren en la Guía Médica Asistencial vigente de la compañía, la cual dará cobertura a los empleados de IFEMA, así como a sus familiares asegurados.

Todos los servicios estarán exentos de copago.

3. TOMADOR DEL SEGURO .-

Institución Ferial de Madrid, en adelante IFEMA
Feria de Madrid
28042 MADRID
C.I.F. Q-2873018-B

4. ASEGURADOS.-

Podrán integrar el colectivo asegurado los trabajadores que se encuentren de alta laboral con fecha 1 de enero de 2024, así como sus cónyuges o parejas de hecho e hijos, que comuniquen su deseo de adscripción a la póliza en los plazos indicados en el punto 4.1. No obstante, será siempre IFEMA quien autorice expresamente el alta en el colectivo asegurado.

Se trata, por tanto, de un colectivo abierto con una previsión inicial de 295 asegurados, que son los que actualmente figuran en la póliza vigente.

En la emisión inicial de la Póliza, el Asegurador aceptará a todos los miembros del Grupo asegurado sin necesidad de Declaración de Estado de Salud ni requisito médico de adhesión alguno.

Durante la vigencia del contrato no existirá limitación de permanencia en el grupo asegurado por razón de edad. Por consiguiente, se hace constar expresamente que todas las garantías del seguro se otorgarán para todos los asegurados, sin limitación de edad.

4.1.- CONDICIONES DE ADHESIÓN.-

Dado que la Póliza que se pretende contratar es continuación de una Póliza de Asistencia Sanitaria anterior, será requisito imprescindible la aceptación de la totalidad del colectivo inicial sin requisito médico de adhesión alguno.

Para ello, los miembros del grupo que quieran adherirse de manera voluntaria dispondrán de un plazo máximo de 60 días, a partir del efecto de la póliza (1 de enero de 2024), para notificárselo a IFEMA, quién lo trasladará al adjudicatario.

No existirán periodos de carencia ni preexistencias para la totalidad de asegurados que causen alta en los primeros 60 días a contar desde la fecha de la entrada de efectos de la póliza.

Pasado el plazo de 60 días, todas las nuevas altas deberán aportar boletín de adhesión debidamente firmado, así como la declaración de estado de salud de las personas a asegurar. La empresa adjudicataria realizará la valoración de la solicitud, pudiendo establecer exclusiones y/o sobreprimas, con comunicación previa a los interesados. A excepción de:

- ✓ Nuevas incorporaciones de empleados a la empresa y sus familiares directos, matrimonios, inscripciones parejas de hecho, nacimientos y adopciones, si se solicita el alta con efecto del primer día del mes siguiente al que haya acontecido dicha circunstancia.
- ✓ En la primera anualidad del seguro, aquellos que por vencimiento de póliza particular no hubieran accedido al seguro médico colectivo en la ventana inicial. Se solicitará justificación de procedencia.
- ✓ Una vez al año, coincidiendo con la renovación del plan de seguro.

4.2.- ALTAS EN EL GRUPO ASEGURADO.-

IFEMA notificará a la compañía Aseguradora las altas que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado.

La toma de efectos de las altas se producirá desde el día 1 del mes siguiente al mes en que IFEMA lo comunique a la compañía aseguradora, siempre que la comunicación se realice antes del día 20 del mes en curso. Pasado el día 20 del mes vigente, las altas comunicadas por IFEMA causarán efecto el día 1 del segundo mes.

Los recién nacidos tendrán cobertura los 30 primeros días de vida sin coste alguno, teniendo IFEMA 30 días para la comunicación al adjudicatario del nacimiento y el alta en la póliza tras dicho plazo.

4.3.- BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO.-

Las bajas causarán efecto el día 1 del mes siguiente al mes en que IFEMA comunique la baja en la empresa del asegurado. IFEMA deberá especificar si la baja se realiza a un empleado, en cuyo caso causarán baja, a su vez, la totalidad de miembros familiares del empleado.

En el caso de bajas de beneficiarios, IFEMA igualmente comunicará la solicitud de baja a la compañía con identificación del asegurado que cause dicha baja en el contrato de seguro.

5. IMPORTE Y PAGO DE LAS PRIMAS.-

El importe de la prima de la Póliza se realizará en recibos mensuales, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, que se abonarán por el Tomador del Seguro mediante transferencia bancaria, según lo expresado en el apartado 17 del ANEXO I: CUADRO DE CARACTERÍSTICAS.

Con objeto de contrastar el importe de las primas por parte de IFEMA, el Asegurador facilitará mensualmente un listado en el que se indicará nominalmente las personas que figuran en la Póliza, con expresión de la prima individual de cada una de ellas.

Para la correcta valoración del Grupo de Asegurados, el ofertante dispondrá de información relativa a la Pirámide de Edades y Siniestralidad en el Anexo I del presente pliego técnico.

6. EFECTO Y DURACIÓN DE LA PÓLIZA.-

La duración del contrato de seguro se corresponde con el plazo establecido desde las cero horas del día 1 de enero de 2024 hasta las veinticuatro horas del 31 de diciembre de 2025.

7. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA.-

Las garantías del contrato de seguro serán válidas en todo el territorio nacional con libre acceso a Centros Médicos y Profesionales que se encuentren incluidos en los cuadros médicos de la aseguradora y, eventualmente, en otros países del mundo bajo el epígrafe "Coberturas en el extranjero" o "Asistencia en Viaje".

7.1 .- RED ASISTENCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID.-

La oferta detallará los Centros Médicos propios y concertados en la Comunidad de Madrid siendo preciso disponer de al menos de 10 Centros de Asistencia Sanitaria General y Urgencias, así como 6 Centros de Medicina por Especialidad de Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Urología, Cirugía General, Endocrinología y Dermatología.

Dichos Centros Médicos deberán estar distribuidos por toda la Comunidad de Madrid asegurando la accesibilidad de todos los miembros del colectivo.

8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTENIDO DE LA PÓLIZA, PRESTACIONES O GARANTÍAS DEL SEGURO A CONTRATAR.-

8.1.- COBERTURAS OBLIGATORIAS.-

A. GASTOS EXTRAHOSPITALARIOS.-

El asegurador cubrirá los gastos extrahospitalarios en que incurra el asegurado por prescripción Facultativa, ya sea como consecuencia de consultas, pruebas médicas o diagnósticas e incluso el uso de ambulancias.

B. GASTOS HOSPITALARIOS.-

El asegurador cubrirá todos los gastos derivados de la Hospitalización y/o cirugía prescrita por un Facultativo.

C. COBERTURA DENTAL.-

El asegurador cubrirá los gastos dentales de los asegurados bajo el modelo de Franquicia por el uso de sus servicios dentales concertados.

No obstante, quedarán cubiertas al 100% y pago directo del asegurador a los servicios concertados, las primeras visitas, extracciones dentarias simples, radiografías y una limpieza bucal anual dentro del Cuadro Dental.

D. COBERTURA EN EL EXTRANJERO.-

El asegurador ofertará la cobertura de gastos médicos en el extranjero, con límite de 12.000€ y un período mínimo de tres meses. Esta cobertura incluirá:

- ✓ Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, con un límite de 12 mil euros al año.
- ✓ Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.
- ✓ Repatriación en caso de fallecimiento.
- ✓ Billete de ida/vuelta de un familiar y gastos de hotel.
- ✓ Regreso anticipado del asegurado por fallecimiento de familiar.
- ✓ Acompañamiento de menores en caso de enfermedad o accidente.
- ✓ Gastos de prolongación de estancia en un hotel, con un límite de reembolso de 600,00 euros al año.
- ✓ Transmisión de mensajes urgentes.
- ✓ Envío de medicamentos.

8.2.- LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL CONTRATO.-

El asegurador cumplimentará el ANEXO XXI—LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL CONTRATO, derogando cualquier otra exclusión y limitación presente en sus condicionados generales, especiales o particulares.

IFEMA valorará según los criterios indicados en el apartado 8. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS OFERTAS del Anexo I al pliego de bases, aquellas propuestas que presenten menores exclusiones.

8.3.- AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES.-

El Asegurador deberá indicar en su oferta, que prestaciones requieren de autorización.

8.4.- COBERTURAS NO OBLIGATORIAS.-

El ofertante podrá proponer la inclusión de las coberturas que estimen oportunas a las condiciones exigidas como obligatorias, cumplimentando el Anexo XXII COBERTURAS NO OBLIGATORIAS, teniendo en cuenta que IFEMA valorará según los criterios indicados en el apartado 8. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS OFERTAS del Anexo I al pliego de bases, aquellas propuestas que presenten menores exclusiones.

El asegurador señalará en el apartado de observaciones, si procede, el ámbito, cobertura y límites de tales prestaciones. Asimismo, en el apartado de otras coberturas, podrán ofertar aquellas prestaciones que crea convenientes.

El coste de incorporación a la póliza de estas coberturas no requeridas con carácter obligatorio deberá incluirse en el precio final del servicio, no debiendo figurar en capítulo aparte.

8.5.-PERSONAL JUBILADO.-

Los empleados de IFEMA que causen baja durante el presente contrato por jubilación del titular en la póliza colectiva de Empleados de IFEMA podrán continuar junto con su cónyuge en la modalidad de asistencia sanitaria siempre que soliciten el alta en la nueva póliza en el plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de baja en la póliza colectiva. Durante dicho plazo el Asegurador aceptará a todos los miembros del colectivo cerrado sin necesidad de Declaración de Estado de Salud ni requisito médico de adhesión alguno, pero sí será necesario el boletín de adhesión.

La póliza complementaria de jubilados y sus cónyuges estará vinculada, a la de empleados en activo, por lo que la rescisión de esta conllevará el traspaso a póliza particular del jubilado respetando en todo momento las condiciones de adhesión iniciales con aceptación de preexistencias.

A efectos de dar continuidad asistencial, la fecha de alta en la nueva póliza será la de baja en la póliza de procedencia.

El titular jubilado asumirá el pago de la prima de la nueva póliza. Dicho pago será igualmente con fraccionamiento mensual.

El titular jubilado asumirá el pago de la prima de la nueva póliza, cuyas tarifas se establecerán en 15% por debajo de las condiciones del mercado particular.

8.6.- RIESGOS EXCLUIDOS.-

1. Las prestaciones sanitarias derivadas de epidemias declaradas oficialmente.
2. 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).
3. Los productos farmacéuticos fuera del centro hospitalario, salvo oferta cobertura copago farmacéutico.
4. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
5. Las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), auto-lesiones o intentos de suicidio.
6. 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.
7. Diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.

8. Psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, test psicológicos.
9. En los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona donante, sea o no asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona. Asimismo, quedan excluidas las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado de órganos.
10. SIDA y enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
11. Los gastos de transporte del asegurado al centro en casos de rehabilitación y fisioterapia y en casos de diálisis.
12. 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.
13. Cualquier medio de diagnóstico y /o tratamiento mediante técnica genética. Salvo aquellas que están incluidas en la descripción de la cobertura.
14. La asistencia sanitaria resultante de enfermedades profesionales.
15. Los tratamientos de cirugía estética, plástica o reparadora, salvo las operaciones de esta naturaleza que sean necesarias como consecuencia de un accidente o intervención quirúrgica cubiertos en póliza.
16. Los tratamientos para adelgazar de cualquier tipo.

9. FUNCIONES A REALIZAR POR LA CORREDURÍA.-

Las funciones a realizar por la correduría de seguros serán las siguientes:

- ✓ Diseño, elaboración y supervisión en colaboración con IFEMA del protocolo de actuación administrativa para las altas, bajas y modificaciones e inclusión de Familiares dependientes.
- ✓ Asistencia en relación con los siniestros. Realización de informes de siniestralidad de periodicidad semestral.
- ✓ Negociación de mejoras con la aseguradora.
- ✓ Asesoramiento en la redacción y formalización del contrato que se derive de la adjudicación de la póliza de seguro.
- ✓ Envío del reajuste de primas aquellos meses que se hayan realizado altas o bajas en el grupo.

La adjudicataria emitirá en el primer mes de vigencia del contrato los certificados individuales de cobertura, así como tarjeta sanitaria personalizada, para cada uno de los integrantes del colectivo inicialmente asegurados conforme a los datos personales proporcionados por IFEMA a la aseguradora para la confección de la póliza de seguros. Del mismo modo, emitirá los certificados correspondientes, en el mes siguiente a la incorporación de nuevos asegurados durante toda la vigencia de la Póliza.

Asimismo, el adjudicatario enviará la Guía Médica Asistencial a cada integrante del colectivo.

10. DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.-

Los datos de carácter personal de los asegurados son imprescindibles para valorar el riesgo, emitir la póliza y para la perfección, ejecución y cumplimiento del presente contrato de seguro.

El Tomador del seguro comunicará a los asegurados que sus datos de carácter personal serán aportados con la finalidad indicada en el párrafo anterior, a la Compañía Aseguradora, ante quien podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

La Compañía Aseguradora, se obliga a conservar y tratar los datos personales cumpliendo las obligaciones establecidas en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre** de Protección de Datos de Carácter Personal y legislación complementaria. En particular se garantiza:

- a) Que los datos aportados por el Tomador serán tratados de conformidad con las cláusulas contenidas en este contrato de seguro y las normas establecidas en la Ley de Contrato de Seguro y demás normativa reguladora de los seguros privados.
- b) Que no aplicará ni utilizará los datos recibidos u obtenidos con fines distintos a los establecidos en el presente contrato y en la legislación reguladora de los seguros privados.
- c) Que no comunicará a terceros dichos datos salvo por razones de reaseguro o cuando la cesión de los datos esté amparada en una ley.
- d) Que cancelará, después de la terminación del contrato, todos los datos que le han sido facilitados para su perfección y ejecución, salvo que fueran necesarios para el cumplimiento de las obligaciones nacidas del propio contrato de seguro o impuestas por la ley.
- e) Que mantendrá en estricta confidencialidad toda la información recibida y/o generada por ella misma en la ejecución del contrato de seguro.
- f) Que implementará las medidas de índole técnica y organizativas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, dando cumplimiento a las normas establecidas en el **Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre**, por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

11. PARTICIPANTES.-

Sólo podrán presentar oferta para optar a la adjudicación aquellas empresas que tengan la autorización administrativa otorgada por la Dirección Nacional de Seguros como Correduría de Seguros. Las compañías aseguradoras deberán participar a través de un corredor.

Cada correduría podrá presentarse una única vez y con una única compañía de seguros.

Deberá incluir en su oferta Declaración de Compromiso emitido por la/s entidad/es aseguradora/s y firmada por ambas partes

12. CUADRO DE ESPECIALIDADES COBERTURAS MÍNIMAS.-

- ✓ Medicina Primaria.
- ✓ Pediatría.
- ✓ Enfermería: Asistencia en consultorio o a domicilio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.
- ✓ Urgencias 24 horas: Servicio permanente de urgencias en centros concertados por la aseguradora. En caso de ser necesario se prestará también a domicilio por médico y Asistente Técnico Sanitario (ATS) o Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).
- ✓ Medios de Diagnóstico.
- ✓ Cirugía Ambulatoria.
- ✓ Hospitalización durante el tiempo estimado por facultativo.
- ✓ Intervenciones Quirúrgicas.
- ✓ Trasplantes.
- ✓ Prótesis e Implantes bajo prescripción médica.
- ✓ Medicina Preventiva:
 - Pediatría.
 - Obstetricia y ginecología.
 - Cardiología.
 - Digestiva.
 - Urología.
- ✓ Ambulancias para traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia.
- ✓ Atención Domiciliaria bajo prescripción médica.
- ✓ Consulta y Asesoramiento Médico Telefónico.
- ✓ Segunda Opinión Médica en referencia a diagnóstico y tratamientos.
- ✓ Odontología, servicios gratuitos y servicios en condiciones especiales.
- ✓ Técnicas de Reproducción Asistida en condiciones especiales.
- ✓ Tratamientos Rehabilitadores y Fisioterapia en el aparato locomotor.
- ✓ Asistencia Sanitaria en Viajes.

- ✓ Especialidades Médicas:
 - Alergología e Inmunología.
 - Análisis Clínicos.
 - Anatomía Patológica.
 - Anestesiología y Reanimación.
 - Angiología y Cirugía Cardiovascular.
 - Aparato Digestivo.
 - Cardiología.
 - Cirugía General.
 - Cirugía Maxilofacial.
 - Cirugía Pediátrica.
 - Cirugía Ortopédica.
 - Dermatología Médico-Quirúrgica.
 - Venereología.
 - Endocrinología y nutrición.
 - Estomatología.
 - Geriatría.
 - Hematología y Hemoterapia.
 - Hemodiálisis.
 - Medicina interna.
 - Podología con al menos seis consultas anuales.
 - Quimioterapia Oncológica.
 - Medicina Nuclear.

- Microbiología y Parasitología.
 - Nefrología.
 - Neumología.
 - Neurofisiología clínica.
 - Neurología.
 - Obstetricia y ginecología.
 - Oftalmología.
 - Oncología médica.
 - Oncología Radioterapia.
 - Otorrinolaringología.
 - Psiquiatría.
 - Radiodiagnóstico.
 - Reumatología.
 - Traumatología.
 - Urología.
 - Artroscopia.
 - Cirugía plástica reparadora.
 - Torácica.
 - Cirugía Vascolar.
 - Neonatología.
- ✓ Medios y pruebas de diagnóstico
- Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología.
 - Mamografía.
 - Anatomía patológica y citología incluidas realización de dianas terapéuticas.
 - Radiodiagnóstico: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen como radiología general y resonancia magnética nuclear (RNM).
 - Endoscopias: digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.
 - Cápsula endoscópica: se incluye para el diagnóstico de la hemorragia y/o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto.
 - Diagnóstico Cardiológico: electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica.
 - Neurofisiología: electroencefalograma, electromiograma, etc.
 - Unidad del Sueño: polisomnografía en procesos patológicos, previa petición de un médico especialista.
 - Radiología intervencionista o invasora vascular y visceral y hemodinámica vascular.
 - Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.
 - Técnicas de Diagnóstico por imagen.
- ✓ Hospitalización
- Hospitalización con y sin intervención.
 - Hospitalización quirúrgica.
 - Hospitalización médica.
 - Hospitalización en UVI/UCI.
 - Hospitalización psiquiátrica (se permite limitación a 60 días año).
 - Hospitalización con cama de acompañante.
 - Hospitalización en unidades especiales.
 - Hospitalización de día.
 - Hospitalización por maternidad.
 - Hospitalización pediátrica.
 - Hospitalización domiciliaria.

- Urgencias hospitalarias. La estancia se realizará con las siguientes condiciones: en habitación individual con cama para un acompañante (excepto en los que por su naturaleza no sea adecuado) e incluirá todos los gastos de estancia, manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios. 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.

- ✓ Tratamientos especiales
 - Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.
 - Transfusiones de sangre y/plasma.
 - Trasplantes.
 - Trasplantes de médula ósea y cornea.
 - Diagnóstico de esterilidad.
 - Fisioterapia.
 - Foniatría.
 - Psicoterapia (mínimo 20 sesiones anuales).
 - Electroterapia.
 - Diálisis y riñón artificial.
 - Quimioterapia y radioterapia.

- ✓ Otros servicios
 - Matronas.
 - Preparación al parto.
 - Compromiso de continuidad de cobertura durante 6 meses para personas con tratamientos en proceso, en caso de cancelación de la póliza colectiva en contrato individual sin nueva valoración médica.
 - Cobertura de enfermedades congénitas.
 - Tratamientos de trastornos de alimentación.