

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA LOS TRABAJADORES EXPATRIADOS DEL GRUPO TRAGSA, A ADJUDICAR POR EL PROCEDIMIENTO ABIERTO.**

**REF.: TSA0068334**

**1. OBJETO DEL SEGURO**

El objeto de la presente contratación es la formalización de un seguro de asistencia sanitaria y asistencia en viaje para los trabajadores expatriados del Grupo TRAGSA, reseñados en el anexo I del presente pliego. Durante la vigencia de la póliza dicho número de asegurados puede aumentar o disminuir en función de las altas y bajas comunicadas al asegurador durante el período de vigencia de la póliza.

En cuanto a los efectos del contrato y su extinción, serán de aplicación las siguientes normas:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Ley 9/2017 de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

No obstante el carácter imperativo que pudieran tener determinados preceptos legales o reglamentarios, se entenderán válidas las cláusulas contractuales contenidas en las condiciones particulares o especiales de la póliza a contratar, que sean más beneficiosas para el tomador y/o asegurados.

Las condiciones previstas en el presente pliego tienen la consideración de esenciales y formarán parte integrante del contrato prevaleciendo sobre cualquier estipulación contenida en el mismo.

La presente licitación se refiere a pólizas Código CPV: 66000000 Servicios financieros y de seguros.

## 2. CONDICIONES TÉCNICAS

### 2.1. TOMADOR Y ASEGURADO:

#### **Tomador**

Tendrá la condición de contratante del seguro la Empresa de Transformación Agraria, S.A., S.M.E., M.P., (TRAGSA), con domicilio social en la calle Maldonado, nº 58, 28006 de Madrid y C.I.F. A-28-476208.

#### **Asegurados:**

Se considerarán a todos los efectos asegurados los trabajadores que conforman el Grupo TRAGSA durante sus desplazamientos al extranjero ya sean en comisión de servicios o expatriados permanentes en sucursales y filiales internacionales (TRAGSA, TRAGSATEC, filiales y sucursales de estas), con carácter excepcional podrán incluirse asegurados adicionales que no correspondan al colectivo anterior y que serán debidamente comunicados al asegurador.

Las comunicaciones se efectuarán puntualmente por el tomador al asegurador o mediador designado por este.

De igual forma, deberá establecerse en póliza la posibilidad de incluir a los familiares de los trabajadores expatriados incluidos en póliza, entendiéndose a tales efectos el cónyuge o pareja de hecho e hijos.

La edad máxima establecida para ostentar la condición de asegurado, no podrá ser en ningún caso superior a la edad de 67 años.

El asegurador no podrá oponerse a la inclusión por razón alguna, de ninguno de los asegurados iniciales ni adhesiones posteriores comunicadas por el tomador, salvo por razón de la edad en los términos antes señalados.

A los efectos previstos en el párrafo anterior se establecen las siguientes definiciones:

Expatriado trabajadores del grupo TRAGSA que tienen su centro de trabajo fuera del país de residencia y que por tanto presta sus servicios en el país de expatriación, debiendo quedar en consecuencia, cubierto por la póliza en el país de expatriación y también en sus desplazamientos a países terceros distintos del país de residencia.

País de expatriación. País donde el asegurado tiene su trabajo.

País de residencia. País al que el asegurado regresaría en caso de finalizar su expatriación.

**Ámbito territorial de cobertura:**

La cobertura será de ámbito mundial y sin exclusión geográfica alguna, salvo EEUU, Reino Unido, Canadá, Suiza, Japón, Hong Kong y Singapur.

**Beneficiarios:**

Los propios asegurados y/o herederos legales, para las coberturas de responsabilidad civil privada se estará lo dispuesto en la legislación aplicable a los efectos de la fijación del perjudicado y de la cuantía de la indemnización hasta el límite establecido en póliza

## **2.2. FORMA DEL CONTRATO**

Se emitirá una póliza flotante y nominada con el colectivo inicialmente declarado a la fecha de efecto de la póliza; a lo largo de la vigencia de la póliza el tomador comunicará las altas y bajas que fuesen procedentes. A tales efectos el asegurador pondrá a disposición del tomador una plataforma o persona de contacto que gestione los movimientos del colectivo, Las comunicaciones efectuadas al asegurador surtirán plenos efectos aun cuando no se haya recepcionado por este.

Al inicio de cada anualidad se abonará una prima en depósito de 70.000 € que se regularizará al término de cada anualidad de seguros atendiendo a las altas y bajas ocurridas durante la misma y en aplicación de la prima de adjudicación a *prorrata temporis*

A título informativo se adjunta colectivo asegurado a noviembre de 2019. Y los países de destino como anexo I del presente pliego.

### **2.2.1 Carta de garantía**

Una vez notificada la adjudicación, la entidad aseguradora se compromete a poner, con carácter inmediato, a disposición del asegurado la póliza o pólizas que documenten el soporte del riesgo, así como el recibo o recibos de prima correspondientes. No obstante lo anterior y para el supuesto de que esto fuese materialmente imposible y así se acreditara, se expedirá de forma inexcusable, en el plazo de siete días desde la fecha de notificación de la adjudicación, CARTA DE GARANTIA, que acredite que el asegurado tiene cubiertos los riesgos objeto del seguro, sin reserva de clase alguna hasta tanto en cuanto no se ponga a disposición del asegurado los documento contractuales (pólizas, recibos).

### **2.3. RIESGOS CUBIERTOS**

Seguro de asistencia sanitaria con cobertura en el país de origen, país de residencia y país en el que el asegurado se encuentre desplazado en el momento en que se declare la contingencia asegurada y que, en cualquier caso, comprenderá los gastos sanitarios y de prestaciones de asistencia sanitaria que se requiera en toda clase de enfermedades y lesiones de cualquier índole, preexistentes y sobrevenidas, en los términos mínimos recogidos en el presente pliego.

El seguro de enfermedad deberá ofrecer la cobertura en la siguiente garantía:

- Modalidad Prestación de asistencia sanitaria: El asegurado quedará amparado por la cobertura contractualmente establecida en su modalidad de cuadro y centros propios o concertados y cobertura de reembolso en los límites establecidos, en aquellos países en los que el asegurador no disponga de centro propio o concertado. No se admitirán franquicias para las coberturas ofertadas.
- Seguro de Asistencia en viaje. Deberá ofrecer cobertura para todos los asegurados cuando los mismos precisen recibir asistencia sanitaria fuera de su localidad de residencia, debiendo contemplar en cualquier caso la repatriación o traslado de heridos y enfermos, regreso anticipado del asegurado a causa del fallecimiento de un familiar, envío de medicamentos, repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes, etc.

#### **Límites de cobertura por asegurado y anualidad de seguro**

Se establece un límite mínimo anual por persona asegurada de 1.000.000 € para las prestaciones sanitarias.

## 2.4. ALCANCE DE LA COBERTURA

Se establecen a continuación las prestaciones mínimas requeridas y los porcentajes y límites que deberá asumir el asegurador con carácter de mínimos. En aquellos supuestos en que no se identifique porcentaje alguno, se entenderá que la cobertura debe otorgarse al 100 %

### 2.4.1.- Seguro de asistencia sanitaria:

<b>Prestaciones en régimen hospitalario</b>	<b>Cobertura</b>
Enfermería y alojamiento en tratamiento hospitalario y ambulatorio	100%
Quirófano, cuidados intensivos incluidos y sala de recuperación	100%
Medicamentos con receta, fármacos y apósitos para tratamiento hospitalario y de día	100%
Gastos de alojamiento de un progenitor acompañante en el hospital del hijo asegurado menor de 14 años de edad	Hasta 30 días por año y asegurado.
Honorarios del cirujano y del anestesista	100%
Honorarios del médico	100%
Operaciones quirúrgicas	100%
Radioterapia, quimioterapia, oncología y fisioterapia	100%
Radiología, patología	100%
Técnicas de imagen avanzada	100%
Resonancia magnética (RM)	100%
Tomografía computarizada (TC)	100%
Tomografía por emisión de positrones (TEP)	100%
Aparatos e implantes protésicos	100%
Dispositivos protésicos	100%
Trasplante de órganos, salvo costes asociados al donante o al órgano donado	100%
Tratamiento dental hospitalario de urgencia	100%
Tratamiento psiquiátrico	100% hasta 20 días por año y asegurado
Traslado en ambulancia local, sin límite de Km	100%

Tratamiento de urgencia fuera del ámbito de cobertura: en caso de accidente o enfermedad inesperada	Hasta 30 días por enfermedad o accidente sobrenenido.
Anticipo de los gastos de hospitalización	100%
Rehabilitación	Hasta 2.000 € por año y asegurado
Cuidados paliativos en centro médico	100% hasta 15 días, a partir de 15 días 80%

<b>Prestaciones en régimen ambulatorio</b>	<b>Cobertura</b>
Operaciones quirúrgicas ambulatorias	hasta 3.000 € por año y asegurado
Consultas con especialistas y facultativos médicos	hasta 2.500 € por año y asegurado
Patología, rayos X, diagnóstico por imágenes, laboratorio y pruebas diagnósticas	100%
Medicamentos con receta, fármacos y apósitos	90%
Honorarios del psicólogo por tratamiento psicológico	90% con un límite de 400 por año y asegurado
Tratamiento oncológico	100%
Asistencia domiciliaria tras tratamiento hospitalario	hasta 2.000 € por año y asegurado
Tratamiento dental de urgencia asociado a accidentes	100%

<b>Pruebas preventivas</b>	<b>Cobertura</b>
Examen médico íntegro, incluidos colesterol; diabetes; anemia; función pulmonar, hepática y renal; evaluación del riesgo cardíaco y revisiones auditivas: solamente una vez cada tres años	90% hasta 1.200 € por año y asegurado

Coste de tratamiento dispensado por terapeutas y profesionales de medicinas alternativas (osteopatía, acupuntura, quiropráctica, homeopatía, medicina china, ortofonía)	90% hasta 1.200 € por año y asegurado.
Vacunas	90%
Mamografía, citología vaginal, cribado del cáncer de próstata o cribado del cáncer de colon	90% hasta 1.000 € por año y asegurado.

<b>Maternidad</b>	<b>Cobertura</b>
Embarazo y parto, parto en casa cubierto	hasta 2.500 € por embarazo
Complicaciones del embarazo	hasta 3.750 € por embarazo

#### 2.4.2.- Asistencia en viaje

##### Asistencia médica

Visita médica in situ, transporte a un centro médico, evacuación y repatriación médica, expedición de títulos de transporte para familiares y acompañamiento de menores, pago de gastos médicos/anticipo de los gastos de hospitalización.

##### Decesos

Repatriación de los restos mortales hasta el país de origen, expedición de títulos de transporte para el familiar acompañante, reembolso de los gastos de sepelio en caso de enterramiento en el país de origen o de residencia, pago del ataúd y de gastos adicionales asociados al transporte de los restos mortales, asistencia en los trámites administrativos.

##### Traslado

Acceso a los servicios de asistencia de traslado a la llegada, durante la instalación y en el momento de la partida.

#### 2.4.3.- Exclusiones comunes

No se admitirán exclusiones a la prestación distintas a las estipuladas a continuación:

- Adicciones y trastornos adictivos: Tratamiento de adicciones y trastornos adictivos o que resulten de ellos o guarden relación con el consumo o ingesta abusiva de alcohol y de todo tipo de sustancias adictivas.
- Prolongación artificial de la vida: Tratamiento administrado únicamente al extremo de prolongar la vida y que no conllevará la recuperación del Beneficiario, como en el caso de los respiradores artificiales.
- Planificación familiar: Tratamiento asociado a todo tipo de anticoncepción, esterilización, interrupción voluntaria del embarazo o planificación familiar.
- Conflictos o catástrofes: Tratamiento de toda dolencia, enfermedad o lesión resultante de contaminación nuclear o química, guerra, atentados terroristas o sucesos similares.
- Tratamiento estético: Tratamiento por motivos estéticos o psicológicos para mejorar la imagen del asegurado, salvo que se trate de cirugía para devolverle su aspecto al asegurado tras un accidente.
- Problemas de desarrollo: Tratamiento resultante de problemas de desarrollo, incluidos, sin que la enumeración sea exhaustiva, dislexia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, altura y peso.
- Donación de órganos: Costes originados por la compra de órganos donados (incluido, sin que la enumeración sea exhaustiva, la extracción del órgano donado del donante, la extracción del órgano del asegurado a efectos de trasplante a otra persona, pruebas de compatibilidad, transporte del órgano donado, costes administrativos, etc.).
- Tratamientos experimentales: Tratamiento, medicación incluida, que sea experimental o carezca de eficacia probada, basándose en las prácticas médicas consolidadas y que no haya sido aprobado por los trámites habituales por un organismo correspondiente en el país en el que el asegurado recibe tratamiento.
- Podología: Tratamiento podológico como callos, callosidades y problemas de las uñas.
- Cuidados generales: Alojamiento hospitalario con fines única o principalmente distintos a la recepción de tratamiento, como convalecencias, seguimientos o cuidados generales de enfermería

o cuando el tratamiento dispensado no precise el ingreso hospitalario, como la ayuda en las actividades cotidianas o los servicios de un terapeuta o un profesional de medicinas alternativas.

- Pruebas genéticas: Pruebas genéticas para determinar la susceptibilidad a desarrollar una afección médica cuando esta no se halle presente.
- Caída del cabello: Estudio de la causa y tratamiento de la pérdida del cabello, salvo asociado a tratamientos oncológicos.
- Spas medicinales: Gastos de estancia, tratamiento o servicios recibidos en spas medicinales, baños termales, clínicas de tratamientos naturales u otro establecimiento similar, ni siquiera por prescripción médica.
- Obesidad y envejecimiento: Tratamiento de la obesidad o requerido a causa de la misma, ni siquiera por prescripción médica; tratamiento para aliviar los síntomas provocados por el envejecimiento u otra causa fisiológica natural.
- Artículos de uso personal: Costes de hospitalización asociados a gastos de teléfono, televisión, prensa y menús de las visitas, entre otros, así como costes de artículos de uso personal, entre los que se incluyen el alcohol, prendas de vestir, cosméticos, champú y pasta de dientes, entre otros.
- Trastornos de la personalidad: Tratamiento de trastornos de la personalidad, incluidos, sin que la enumeración sea exhaustiva, trastorno afectivo de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, espectro autista, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno adaptativo, trastornos de la conducta alimentaria y tratamientos diseñados para promover las relaciones socioafectivas, como las terapias comunicacionales.
- Autolesiones: Tratamiento de una lesión, o resultante de la misma, que el miembro asegurado se ha autoinfligido intencionadamente, como, por ejemplo, en un intento de suicidio.
- Problemas sexuales: Tratamiento de problemas de índole sexual, entre los que se incluyen la impotencia, cambio de sexo y reasignación de sexo, entre otros.
- Trastornos del habla: Trastornos del habla de todo tipo, salvo cuando el tratamiento consista en terapia a corto plazo dispensada por un terapeuta cualificado durante el tratamiento de una afección aguda, y/o inmediatamente después de la misma, como un accidente cerebrovascular, y que el médico debidamente autorizado responsable del tratamiento considere médicamente necesaria.

- Deporte y aficiones: Costes asociados a patologías resultantes de la práctica de deportes o aficiones en calidad profesional y las consecuencias de practicar deportes o aficiones de riesgo, incluidos, sin que la enumeración sea exhaustiva, deportes aéreos, deportes de combate, alpinismo, deportes para los que se precise la utilización de aeronaves, etc.
- Maternidad subrogada: Tratamiento relativo a la maternidad subrogada, tanto si el Beneficiario es la madre subrogada o el padre previsto.
- Gastos de viaje: Gastos de viaje originados durante la recepción de tratamiento, salvo que se cubran en los apartados relativos a las prestaciones hospitalarias/de día o en los servicios asistenciales de las Condiciones particulares del seguro.
- Médico o centro no homologados: Tratamiento prestado por un facultativo médico que no haya sido reconocido por las autoridades relevantes del país donde tenga lugar el tratamiento como poseedor de conocimientos especializados o pericia para el tratamiento de la dolencia, enfermedad o lesión objeto de tratamiento. Tratamiento en cualquier hospital o dispensado por un facultativo médico o cualquier otro proveedor de servicios a quien el asegurador y/o el AT hayan cursado notificación escrita de que han cesado en su reconocimiento a efectos del seguro, así como tratamiento dispensados por toda persona con idéntico domicilio que el beneficiario o vinculado, de otro modo, a cualquier miembro de la familia del beneficiario.

### **3. PERIODO DE CARENCIA**

No será de aplicación ningún tipo de periodo de carencia, existiendo plenitud de efectos para todas las prestaciones garantizadas en la póliza desde el mismo día de su entrada en vigor.

### **4. CUESTIONARIOS MÉDICOS**

No será preceptivo para la inclusión del beneficiario en la cobertura, aportar cuestionario médico alguno.

### **5. INFORME DE SITUACIÓN DE LA PÓLIZA**

Será requisito indispensable que el adjudicatario remita información de siniestralidad trimestral, tan sólo en lo que respecta al límite consumido de cada uno de los asegurados, sin especificación de las contingencias declaradas.

## **6. SOPORTE ASISTENCIAL**

El adjudicatario deberá establecer un sistema de atención 24 horas al beneficiario. La prestación asistencial en los centros concertados se realizara a través de un sistema de tarjetas individualizadas; en los casos de reembolso, el trámite de reembolso, no podrá ser superior a 72 horas siguientes a la recepción por la compañía de la documentación acreditativa del gasto soportado por el asegurado/tomador por los conceptos asegurados.

28 de noviembre de 2019