



C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

## PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO QUE GARANTICE LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

20.02/2018.12.31.19

20.02/2018.11.05.58 | Firmante: CHICANO SAURA, CONSOLACION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) h2fbceea-aa03-8e67-72697225362





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

## **INDICE**

### **Cobertura de Seguro de Responsabilidad Patrimonial de los Centros Dependientes del Servicio Murciano de Salud y su personal.**

#### **PREÁMBULO: DECLARACIÓN INICIAL GRAN RIESGO**

#### **CAPÍTULO 1: DEFINICIONES**

- 1.1 Tomador del Seguro
- 1.2 Asegurado
- 1.3 Actividad
- 1.4 Terceros
- 1.5 Daños y Perjuicios indemnizables
- 1.6 Siniestro
- 1.7 Límites de indemnización
- 1.8 Responsabilidad
- 1.9 Reclamación

#### **CAPÍTULO 2: OBJETO Y EXTENSIÓN DEL CONTRATO**

- 2.1. Objeto del Seguro
- 2.2. Ámbito Geográfico de Cobertura
- 2.3. Ámbito Temporal de Cobertura
- 2.4. Duración del Contrato

#### **CAPÍTULO 3: CONDICIONES DE COBERTURA**

- 3.1. Riesgos Cubiertos
- 3.2. Gastos de Defensa y Mediación de conflictos
- 3.3. Riesgos Excluidos

#### **CAPÍTULO 4: GESTIÓN DE RECLAMACIONES**

- 4.1. Procedimiento de gestión de las reclamaciones
- 4.2. Servicios de gestión de reclamaciones a prestar por la compañía aseguradora.
- 4.3. Servicios de gestión de reclamaciones a prestar por el mediador de seguros.

#### **CAPÍTULO 5: CONDICIONES ECONÓMICAS**

- 5.1. Límite de indemnización asumido por el SMS
- 5.2. Límites de Indemnización.
- 5.3. Franquicia
- 5.4. Prima Total





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

## CAPÍTULO 6: CLÁUSULAS ADICIONALES

- 6.1 Confidencialidad
- 6.2 Rechazos de cobertura
- 6.3 Concurrencia
- 6.4 Aceptación Específica de las Cláusulas Limitativas

### PREÁMBULO: DECLARACIÓN INICIAL DE GRAN RIESGO

Se establece la siguiente Declaración Inicial, recogiendo lo preceptuado en la vigente Ley de Contrato de Seguro en lo referente a la consideración de Gran Riesgo, y delimitando el ámbito de la presente Póliza:

El Servicio Murciano de Salud (SMS) declara, a los efectos previstos en Artículo 44, Segundo párrafo de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro que:

1º.- El Servicio Murciano de Salud (SMS), como Tomador del seguro, tiene la consideración de gran riesgo conforme se define en el artículo 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio («B.O.E.» 15 julio), de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en relación con el artículo 107.2 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, según redacción dada por la mencionada Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

2º.- El presente contrato, acogándose al principio de la autonomía de la voluntad del Artículo 1255 Código Civil, no está sometido a la Ley de Contrato de Seguro, rigiéndose por sus propios términos contractuales siendo únicamente aplicable dicha Ley, en defecto de pacto expreso.

3º.- La delimitación temporal de la cobertura se entenderá acordada por las partes en razón al equilibrio contractual entre el alcance de la cobertura y la prima correspondiente.

Y por lo expuesto, se hace constar que al haberse pactado un alcance de la cobertura, reflejado en el presente contrato, no será de aplicación al mismo lo establecido en el Artículo 73 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de Contrato del Seguro.





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

## **CAPÍTULO 1: DEFINICIONES**

### **1.1. TOMADOR DEL SEGURO**

Tiene la condición de Contratante del seguro, el Servicio Murciano de Salud (SMS).

### **1.2. ASEGURADO**

Tiene la condición de Asegurado en este Contrato:

1.2.1. El personal sanitario, facultativo y no facultativo, y no sanitario, incluido el personal directivo, estatutario, funcionario, laboral, el personal en formación o en prácticas, o los acogidos a algún decreto de fomento al empleo, así como, los relacionados con empresas de trabajo temporal, becarios, voluntariado y, en general, a otros dependientes, cualquiera que fuera su situación administrativa, en el ejercicio de sus actividades por cuenta del Servicio Murciano de Salud (SMS), siempre que preste sus servicios en los centros, dependencias y establecimientos propios del Servicio Murciano de Salud (SMS) o administrados por el mismo, en Centros concertados o en centros ajenos y que sean remunerados por cuenta del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Quedan comprendidos en esta condición quienes presten servicio en el Servicio Murciano de Salud (SMS) en comisión de servicios procedentes de otras Administraciones Públicas.

No está comprendido, el personal en la situación de comisión de servicios en Entidades, Centros o Instituciones, no pertenecientes al Servicio Murciano de Salud (SMS) ni administrados por el mismo, salvo el personal del Servicio Murciano de Salud (SMS) autorizados como desplazamiento temporal en otras Entidades, Centros o Instituciones. En el supuesto de comisión de servicios en Entidades, Centros o Instituciones, no pertenecientes al Servicio Murciano de Salud (SMS) y cuando dichas Entidades, Centros o Instituciones no extiendan su garantía aseguradora al personal del Servicio Murciano de Salud (SMS) en comisión de servicio, el presente contrato asumirá el riesgo de responsabilidad civil de dicho personal.

1.2.2. Los herederos y familiares de cualquiera de los Asegurados anteriores, respecto a las responsabilidades profesionales de estos que les pudieran ser exigibles en el caso de fallecimiento de los Asegurados

1.2.3. El Servicio Murciano de Salud (SMS), en los términos y condiciones establecidos en este contrato.





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

1.2.4. Las Fundaciones, Consorcios y Entidades legalmente establecidas siempre y cuando se declare, de forma expresa, por el Servicio Murciano de Salud (SMS), ante la Compañía Aseguradora, su inclusión en el presente contrato.

En el supuesto de las Fundaciones, su adhesión al contrato de seguro deberá ser ratificada por los órganos que legalmente las representen.

En el supuesto de los Consorcios en los que pueda estar presente el Servicio Murciano de Salud (SMS), su adhesión al contrato de seguro representará la condición de Asegurado de la Institución, por la parte que le corresponda en el mismo.

De declararse la inclusión de alguna de estas entidades, tendrá la condición de Asegurado en el presente contrato, además de la propia Entidad, y en los mismos términos que el Servicio Murciano de Salud (SMS), su personal, conforme al mismo criterio recogido en los apartados 1.2.1 y 1.2.2. de la presente cláusula.

Cualquier Centro, Hospital o Establecimiento del Servicio Murciano de Salud (SMS) que se constituya en el futuro se entenderá garantizado automáticamente en los términos del presente contrato, sin necesidad de declaración expresa ni de aplicación de sobreprima, salvo que el nuevo Centro, Hospital o Establecimiento represente en número de empleados, camas o población asistida más del 20% del riesgo ya declarado, exceptuándose, en todo caso, el supuesto que el nuevo Centro, Hospital o Establecimiento sustituya otro anterior ya declarado al Asegurador.

### 1.3. ACTIVIDAD

La prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, así como cualquier otra actividad relacionada con la principal y que deba asumirse por el Servicio Murciano de Salud, de acuerdo con la legislación vigente, para su adecuado funcionamiento.

### 1.4. TERCEROS

Tendrán la consideración de Terceros a los efectos de este Contrato:

1.4.1. Los Asegurados en su calidad de usuarios de la asistencia y de los servicios del Servicio Murciano de Salud (SMS).

1.4.2. Los Asegurados respecto a la responsabilidad civil patronal o por accidentes de trabajo.





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

1.4.3. Cualquier persona física o jurídica distinta del contratante del seguro y de los Asegurados, siempre que acredite haber sufrido perjuicios o daños evaluables económicamente, como consecuencia de las actividades del Servicio Murciano de Salud (SMS) y del personal dependiente del mismo, cualquiera que fuera su situación administrativa o relación laboral de servicios.

## **1.5. DAÑOS Y PERJUICIOS INDEMNIZABLES**

Tendrán la consideración de indemnizables por el presente contrato:

### **1.5.1. Daños corporales:**

La muerte, lesiones, enfermedad y otros atentados a la integridad física o la salud de las personas.

### **1.5.2. Daños Materiales:**

La destrucción, deterioro o pérdida de cosas o animales.

### **1.5.3. Daños Morales consecutivos:**

Los derivados y que sean consecuencia directa de daños corporales ya sea daño físico o psíquico o daños materiales.

### **1.5.4. Perjuicios económicos consecutivos:**

Todo perjuicio pecuniario que sea consecuencia directa o inmediata de un daño corporal o material amparado por el contrato que se suscriba.

### **1.5.5. Perjuicios morales y económicos no consecutivos:**

Aquellos que no son consecuencia directa de daños físicos o materiales.

## **1.6. SINIESTRO**

Todo hecho del que pueda resultar legalmente responsable el asegurado, siempre que sea objeto de este contrato de seguro y ponga en juego las garantías de la póliza de conformidad a los términos y condiciones pactados.

Se considerará como solo y único siniestro, la sucesión de hechos o circunstancias que se deriven de un mismo origen e igual causa, con independencia del número de perjudicados y reclamaciones formuladas y el número de profesionales implicados.



## **1.7. LIMITES DE INDEMNIZACIÓN**

### **1.7.1. Periodo inicial del seguro de 18 meses y límite por anualidad:**

La cantidad máxima a cargo de la Compañía Aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones e intereses correspondientes al periodo inicial de seguro, que es de 18 meses, o a cada anualidad en caso de prórrogas, con independencia de que sea consumida en uno o varios siniestros, entendiéndose por periodo inicial de seguro el comprendido entre la fecha de efecto y de vencimiento, expresadas en el contrato, o el período anual establecido en cada una de las prórrogas.

### **1.7.2. Límite por siniestro:**

La cantidad máxima a cargo de la Compañía Aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones e intereses correspondientes a un siniestro.

### **1.7.3. Sublímite por víctima:**

La cantidad máxima a cargo de la Compañía Aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones e intereses correspondientes a la víctima, lesionado o dañado, entendiéndose por víctima cada persona física afectada por lesiones, enfermedad o muerte. Por tanto, no se entenderá por víctima a estos efectos a las personas que dispongan de un mero derecho indemnizatorio por su relación familiar o de dependencia.

### **1.7.4. Límite de indemnización asumido por el Asegurado:**

Cantidad económica anual que, en exceso de la franquicia por siniestro, el Asegurado retiene y que deberá satisfacer frente a sus reclamantes. Una vez este importe haya sido agotado (debidamente deducidas las correspondientes franquicias por siniestro) se activará la cobertura del presente contrato por parte de la compañía Aseguradora.

### **1.7.5. Franquicia General:**

Parte del daño que corre a cargo del asegurado y que, por tanto está exento de cobertura.

## **1.8. RESPONSABILIDAD:**

### **1.8.1. Profesional:**

La responsabilidad derivada de los daños y perjuicios producidos a terceros como consecuencia del ejercicio profesional, tanto en su vertiente sanitaria como no sanitaria.





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

### 1.8.2. Explotación:

La responsabilidad que tiene la Institución, derivada de los daños o perjuicios producidos a terceros, como consecuencia de la utilización de bienes muebles e inmuebles para el desarrollo de su actividad dentro o fuera de sus instalaciones, (hospitales, centros de salud, y otros establecimientos y dependencias).

### 1.8.3. Patronal:

La responsabilidad que le sea exigida a la Institución por los accidentes de trabajo sufridos por el personal que tenga la condición de Asegurado conforme se define en la cláusula 1.2.1. de esta misma sección, ocurridos en el desarrollo de la actividad asegurada.

### 1.8.4. Patrimonial:

Es la responsabilidad que le sea exigida a la Institución cuando la reclamación del perjudicado se encauce por la vía de la Responsabilidad Patrimonial de la Administración, según lo establecido por la legislación vigente.

## 1.9. RECLAMACIÓN

Se entiende por reclamación un procedimiento administrativo o judicial, ya sea a instancias de parte o de oficio, o bien un requerimiento formal y por escrito contra el asegurado o contra la entidad aseguradora, derivada de un siniestro amparado por el contrato.

## **CAPÍTULO 2 OBJETO Y EXTENSIÓN DEL CONTRATO**

### **2.1. OBJETO DEL SEGURO**

2.1.1. El presente contrato tiene por objeto el aseguramiento de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad profesional, de explotación y patronal o por accidente de trabajo que durante la vigencia del mismo pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al Asegurado, por daños corporales, materiales, morales y perjuicios económicos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades, según quedan definidos en el apartado 1.5, con la excepción de la responsabilidad civil declarada en la jurisdicción penal, que el SMS tiene asegurada mediante otro contrato.

2.1.2. Queda igualmente garantizada la responsabilidad patrimonial exigible a la Administración, conforme a lo establecido en la legislación vigente, en lo que respecta a los referidos daños del apartado anterior, excepto la responsabilidad



patrimonial subsidiaria de la Administración Pública declarada en la jurisdicción penal.

2.1.3. A los efectos del presente capítulo, el Asegurado asumirá las consecuencias económicas exigidas mediante reclamaciones patrimoniales correspondiente a la franquicia y el límite de indemnización asumido por el Asegurado, que será de 2.250.000 euros para el período inicial de seguro de 18 meses y de 1.500.000 euros para cada anualidad de prórrogas de seguro, o el límite que finalmente se adjudique, hasta que los pagos efectuados agoten en cada caso dicho límite agregado.

2.1.4. Asimismo, el seguro ampara los costes y gastos judiciales y extrajudiciales que se deriven.

2.1.5. En el capítulo 4 de este pliego se establecen las condiciones en las que se deberán gestionar las reclamaciones.

## **2.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y JURISDICCIONAL DE LA COBERTURA**

La garantía de este contrato se extiende y limita a las responsabilidades del asegurado derivadas de los daños sobrevenidos en cualquier país del mundo excepto EEUU y Canadá, declarados en España y reconocidas por Tribunales españoles o por cualquier otro estado de la Unión Europea.

## **2.3. ÁMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA**

Son objeto de cobertura por el presente contrato los daños y perjuicios reclamados durante la vigencia del contrato con independencia de la fecha de ocurrencia.

Si frente a un hecho, circunstancia, acontecimiento o daño ocurrido durante la vigencia del contrato, el Tomador, así como cualquiera de los Asegurados, fuese consciente de la posibilidad cierta de que posteriormente se pueda formular una reclamación, lo comunicará al Asegurador, considerándose tal comunicación como si esa posibilidad se hubiera concretado ya en una reclamación

En ningún caso serán objeto del Seguro las reclamaciones:

- Que estén cubiertas por otra u otras pólizas contratadas con anterioridad a ésta.
- Aquellas reclamaciones presentadas al Tomador, así como cualquiera de los Asegurados con posterioridad al vencimiento de este contrato o, en su caso, de sus prórrogas.



Asimismo, se otorga un plazo de 2 meses posteriores a la cancelación de la póliza para que el asegurado traslade a la Aseguradora aquellas reclamaciones que se le hayan formulado al Asegurado durante la vigencia del contrato y que no haya sido posible trasladar al Asegurador antes del vencimiento del contrato.

## **2.4. DURACIÓN DEL CONTRATO**

El periodo de vigencia inicial del contrato será de 18 meses, es decir desde las 00 horas de la fecha de la firma del contrato hasta las 24 horas del día en que finalice el citado plazo de 18 meses, pudiendo ser objeto de prórrogas anuales por mutuo acuerdo de las partes, hasta un máximo de 10 años. Asimismo el plazo de preaviso para cancelación de contrato, por la Aseguradora, deberá ser de 6 meses.

La Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de anular el presente contrato durante su vigencia, después del acaecimiento de un siniestro, en modificación a lo establecido en la Ley 50/80 de 8 de Octubre, reguladora del Contrato de Seguro

## **CAPÍTULO 3: CONDICIONES DE COBERTURA**

### **3.1 RIESGOS CUBIERTOS**

El presente contrato se suscribe como un todo riesgo de responsabilidad, de forma que, salvo aquellas responsabilidades que estén expresamente excluidas en la presente póliza, todas las demás en las que incurra el Asegurado se encuentran cubiertas hasta los límites más adelante indicados.

A título meramente enunciativo y no limitativo se garantizan las responsabilidades del Asegurado derivadas de:

- a) La asistencia médica, de enfermería, quirúrgica y farmacéutica, ordinaria y de urgencia, tanto en atención primaria como especializada, de acuerdo con la legislación vigente y, en particular, la actividad recogida en el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
- b) La asistencia prestada con carácter de ayuda humanitaria.
- c) La actuación en el ámbito de la atención domiciliaria y del traslado de enfermos.



- d) Las actividades de administración, dirección, mantenimiento, hostelería, docencia, investigación, formación, etc.
- e) Cualquier actuación profesional del personal técnico del SMS (arquitectos, arquitectos técnicos, aparejadores, ingenieros e ingenieros técnicos).
- f) Los accidentes que afecten a los pre embriones crío conservados en las unidades de fecundación in Vitro, a que se refiere el art. 26 de la Ley 14/2006 de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Esta cobertura no ampara los daños producidos a los preembriones crioconservados durante su manipulación. El límite máximo garantizado será de 3.000 Euros por pareja.
- g) La propiedad o posesión, usufructo o arrendamiento, de bienes muebles e inmuebles afectos a la actividad descrita en el presente contrato.
- h) La condición de promotor o constructor de obras o instalaciones menores, entendiéndose por tales las que tengan un valor de ejecución inferior a 6 millones de Euros.
- i) La preparación, distribución y suministro de alimentos y bebidas
- j) Los servicios de vigilancia y seguridad.
- k) La contaminación aire, agua y suelo, siempre que esta contaminación sea causada por un incidente accidental, súbito e imprevisto; con exclusión del coste de eliminar, trasladar o limpiar las sustancias o residuos polucionantes o contaminantes.
- l) Los daños causados por el transporte y las mercancías transportadas, así como los daños causados por las operaciones de carga, descarga, manipulación, trasvase y almacenamiento, con exclusión de los daños causados a las propias mercancías.
- m) Dentro del Riesgo de Responsabilidad Civil Patronal o por Accidente de Trabajo la responsabilidad que le sea exigida a la Institución por los accidentes de trabajo sufridos por el personal que tenga la condición de Asegurado conforme se define en la cláusula 1,2.1., ocurridos en el desarrollo de la actividad asegurada.
- n) Dentro del Riesgo de Responsabilidad Civil Patronal o por Accidente de Trabajo asimismo, la responsabilidad que le sea exigida al Organismo por los accidentes de trabajo sufridos por otros contratistas, subcontratistas propios o ajenos y el personal dependiente de todos ellos.
- o) Queda igualmente garantizada la Responsabilidad Patrimonial exigida al





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

Servicio Murciano de Salud por la actividad asistencial desarrollada en los Centros Concertados y Centros Ajenos, así como por los contratistas o subcontratistas, sin perjuicio del derecho de repetición frente al responsable último del daño causado o su aseguradora.

- p) Quedan cubiertos los daños morales, que no sean consecuencia directa de los daños corporales, en el sentido de que el núcleo de la reclamación, resolución estimatoria o sentencia firme, no resida en la existencia de un daño físico o psíquico. Esta cobertura de otorga con un límite de 50.000.€ por siniestro y un límite anual de 300.000.-€
- q) La responsabilidad civil por aquellos actos médicos que no resulten cubiertos por el seguro obligatorio de ensayos clínicos, tal y como se encuentran regulados en el RD 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

Igualmente queda cubierta la responsabilidad derivada de aquellos ensayos que de acuerdo con el mencionado Real Decreto, o la legislación vigente en cada momento, no requieran la contratación de un seguro obligatorio.

Quedan amparados igualmente los daños y perjuicios que sean consecuencia de la praxis asistencial aún en el marco de un ensayo clínico.

### 3.2. GASTOS DE DEFENSA Y MEDIACION DE CONFLICTOS

Igualmente, quedan comprendidas en este contrato las siguientes garantías:

3.2.1. La defensa del Asegurado, incluso contra reclamaciones infundadas, en cualquier procedimiento judicial (a excepción de los procedimientos penales), así como los honorarios y gastos de toda clase que vayan a cargo del Asegurado como civilmente responsable,

3.2.2. La defensa del Asegurado por los Abogados y Procuradores en los Procedimientos que se les siguiera, aún después de liquidadas las Responsabilidades Civiles.

3.2.3. El pago de todos los costes y gastos judiciales y extrajudiciales que sobrevinieran a consecuencia del siniestro.

3.2.4. El pago de los costes y honorarios que sobrevinieran a consecuencia de la tramitación del procedimiento de mediación de conflictos seguido a tenor de la





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

Ley 5/2012 de mediación de conflictos o cualquier otro sistema alternativo de solución de conflictos, donde se dirima el pago de indemnizaciones de responsabilidad civil de los Asegurados.

Estos costes del procedimiento de mediación serán autorizados por el Asegurador caso a caso en la sesión informativa que precede a cada procedimiento de mediación.

Queda comprendida en este contrato la constitución de las fianzas judiciales exigidas al Asegurado para garantizar su responsabilidad civil en procesos distintos de la jurisdicción penal.

Todos los pagos que debe realizar la Compañía Aseguradora, tanto en virtud de esta garantía como del contrato, no podrán superar la cantidad máxima asegurada por cada siniestro.

Las fianzas que por los conceptos previstos en el contrato y esta cobertura deba constituir la Compañía Aseguradora, no pueden exceder del límite fijado en el contrato por cada siniestro.

### 3.3. RIESGOS EXCLUIDOS

3.3.1. Los daños que se pueden producir directamente en ejecución de actos administrativos normativos, entendiéndose por tales los actos de la Administración de carácter general por venir dirigidos a una pluralidad indeterminada de personas y en que fuera directamente impugnada la actividad que se regula, sin que tengan tal consideración los sucesivos actos de ejecución o de gestión de aquellos, cuya naturaleza es la de actos reglados de control de las condiciones de ejercicio de la actividad prestada.

3.3.2. Las consecuencias de recetar y/o administrar productos farmacéuticos no aprobados por la Autoridad Sanitaria.

3.3.3. Reclamaciones derivadas de daños meramente estéticos por no haber obtenido la finalidad propuesta en la operación de cirugía plástica, no reparadora

3.3.4. Las reclamaciones fundadas en pactos o acuerdos que modifiquen la legalmente exigible en ausencia de ellos.

3.3.5. El pago de multas, penalizaciones o sanciones impuestas por los Tribunales y demás Autoridades.

3.3.6. La responsabilidad derivada de la realización de ensayos clínicos, para el cual se requiera la contratación de un seguro obligatorio, por los daños y



perjuicios que como consecuencia de dicho ensayo puedan resultar y que se vean amparados por ese seguro obligatorio, tal y como se encuentran regulados en el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos o en la legislación vigente en cada momento.

No se verán afectados bajo esta exclusión aquellos ensayos que de acuerdo con la legislación vigente en cada momento, no requieran la contratación de un seguro obligatorio.

Igualmente, no quedan bajo el ámbito de esta exclusión los daños y perjuicios que sean consecuencia de la praxis asistencial aún en el marco de un ensayo clínico.

3.3.7. La responsabilidad derivada de daños causados por cualquier artefacto, nave o aeronave destinados a la navegación o sustentación acuática o aérea.

3.3.8. Los trabajos de demolición y modificación de estructuras.

3.3.9. Las responsabilidades que deban ser objeto de cobertura por un seguro obligatorio de responsabilidad civil, de conformidad con lo establecido en la Disposición adicional segunda de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Registro de Seguros obligatorios del Consorcio de Compensación de Seguros.

3.3.10. Los daños por hechos de guerra civil o internacional, motín o tumulto popular, terrorismo, terremotos e inundaciones y otros eventos extraordinarios.

3.3.11. Las reclamaciones por asbestosis o cualquiera otra enfermedad, incluido el cáncer, debidas a la fabricación, elaboración, transformación, montaje, venta o uso de amianto o de productos que lo contengan.

3.3.12. Exclusiones específicas para la cobertura de responsabilidad civil patronal o por accidentes de trabajo:

- ✓ Las reclamaciones por hechos que no sean calificados como accidente de trabajo o que estén excluidos del seguro de accidentes de trabajo, así como las reclamaciones de trabajadores que no estén dadas de alta a los efectos del seguro obligatorio de accidentes de trabajo o no tengan el seguro obligatorio del régimen especial procedente.
- ✓ Las indemnizaciones y gastos de asistencia por enfermedad profesional o bien por enfermedades no profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, así como el infarto de miocardio,



trombosis, hemorragia cerebral y enfermedades de similar etiología, salvo que sea calificada como accidente de trabajo.

- ✓ Cualquier género de multas y sanciones, así como los recargos en las prestaciones establecidas en la legislación vigente con carácter punitivo.
- ✓ Las reclamaciones por incumplimiento de las obligaciones contractuales del empleador de carácter general de las que no se deriven daños corporales.

3.3.13. Las reclamaciones derivadas de la utilización de prótesis de silicona blanda (soft silicona).

3.3.14. La responsabilidad civil profesional, de explotación o patronal que sea exigida en la jurisdicción penal directamente al personal Asegurado del SMS, así como la responsabilidad civil subsidiaria exigida en esa misma jurisdicción a la citada Administración Sanitaria.

## **CAPÍTULO 4: GESTIÓN DE RECLAMACIONES**

### **4.1. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES**

Con independencia de los procedimientos administrativos y judiciales establecidos en la legislación vigente, la tramitación y gestión interna de las reclamaciones económicas que afecten al presente contrato se realizará de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. El circuito de la reclamación comenzará en el momento en que el perjudicado o reclamante formule la reclamación. El SMS, a través del Corredor, la remitirá al Asegurador.

El SMS, al dar comunicación a la compañía Aseguradora de la reclamación, podrá emplazar a ésta, si procede, a la participación en una sesión de Mediación. La Primera sesión informativa que no implicará coste alguno, será de carácter obligatorio para el Asegurador ante la propuesta del SMS.

2. Si, de los datos obrantes en la reclamación, el Asegurador pudiera deducir la inexistencia de cobertura de la misma, lo pondrá inmediatamente en conocimiento del SMS.

3. Independientemente de la vía por la que se formule la reclamación patrimonial, y una vez conocida por el SMS, ésta será informada por el profesional interviniente, y/o la Dirección del Centro Sanitario aportando la correspondiente documentación necesaria para la instrucción del expediente.

4. Una vez informada la reclamación, la documentación se trasladará al Asegurador para que los técnicos correspondientes dictaminen sobre posibles responsabilidades y las consecuencias económicas.

5. El Asegurador remitirá al Asegurado en el plazo de 2 meses a contar desde que se reciba el expediente completo, un informe médico pericial con la valoración de la reclamación desde el punto de vista de la adecuación de la



praxis, existencia de nexo causal, delimitación del daño reclamado y su posible repercusión económica.

6. Documentada por todas las partes la reclamación, en caso de divergencia entre las partes o cuando así lo considere conveniente el Asegurado y/o el Asegurador, se someterán los casos a una Comisión de Seguimiento de siniestralidad en la que se debatirán los aspectos técnicos de la reclamación.

Dicha Comisión de Seguimiento estará formada por:

- SMS, con 4 representantes, uno de los cuales será el presidente de la misma.
- El Asegurador, con 2 representantes, cuyo voto ponderado equivaldrá al de los representantes del SMS.
- La Correduría de Seguros, con 2 representantes con voz pero sin voto.

7. Se reunirá con periodicidad bimensual. Las reuniones podrán celebrarse tanto de manera presencial como a través de cualquier tecnología que permita el intercambio directo de información entre los integrantes de la Comisión a distancia, a través de un sistema de telecomunicaciones.

8. La comisión podrá invitar (con voz pero sin voto) a los profesionales y técnicos que estime que pueden contribuir a una más acertada toma de decisiones.

9. Las decisiones o acuerdos adoptados por la Comisión precisarán el voto favorable de la mayoría simple de sus componentes, incluido el de su presidente, que dirimirá en caso de empate.

10. En el supuesto de que la decisión sea transar económicamente, se recogerá en el acta de la Comisión tal decisión y la cuantía máxima en la que se autoriza al Asegurador para la negociación.

11. El Asegurador informará en la siguiente Comisión de la evolución de las negociaciones y se someterá nuevamente la procedencia de continuar con las negociaciones o darlas por concluidas. Los acuerdos de transacción adoptados con el voto en contra del Asegurador, no podrán exceder del 30% de la prima neta anual.

12. No obstante los límites de indemnización y la franquicia asumidos por el Asegurado, y con objeto de facilitar la instrucción y resolución de los expedientes de reclamaciones patrimoniales, todas las reclamaciones sobre las que en el seno de la Comisión se decida iniciar negociaciones con la parte reclamante, con independencia de que no se haya rebasado el límite de la retención, podrán ser gestionadas por el Asegurador.

13. Con periodicidad SEMESTRAL y hasta que se finalice el último de los siniestros, el Asegurador se compromete a facilitar al Asegurado y al Corredor un fichero con la identificación, catalogación y repercusión económica de todas las reclamaciones que le hayan sido notificadas por cualquier vía y que se encuentren amparadas por el presente contrato. En dicho fichero deberá incluir como información mínima:

- ✓ Referencias del Asegurador, Asegurado y Corredor



- ✓ Fechas de reclamación, ocurrencia, comunicación al Asegurador, cierre, en su caso, y de las acciones judiciales interpuestas.
- ✓ Cuantía reclamada, pagos por gastos, indemnizaciones, reservas y coste total.
- ✓ Centro de ocurrencia y daño reclamado.

En todas las comunicaciones el Asegurador deberá identificar el siniestro con las referencias del Asegurado y/o del Corredor.

14. Todas aquellas Sentencias que recaigan en estos supuestos serán remitidas al SMS en cuanto estén a su disposición.

15. A efectos de control, el Asegurado llevará una Cuenta de Orden en formato de hoja de cálculo en la que se imputará cada siniestro a la anualidad correspondiente en función de la fecha de reclamación, señalando los pagos correspondientes a cada siniestro y anualidad. Con una periodicidad semestral se celebrará una Comisión de Control que consistirá en una reunión entre Asegurador, Asegurado y Corredor en la que se elevará el acta correspondiente de seguimiento económico del contrato.

## **4.2. SERVICIOS DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES A PRESTAR POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

### **4.2.1. Compromiso de la Aseguradora**

El licitador se compromete a prestar el servicio de gestión de reclamaciones según se describe en el apartado anterior. Para ello, el adjudicatario deberá contar con los siguientes medios humanos:

- Tramitador de siniestros especializado en reclamaciones de responsabilidad sanitaria.
- Equipo jurídico que represente a la Aseguradora en las Comisiones de Seguimiento de Siniestralidad, proceso de Mediación, y en su caso, procedimientos judiciales.
- Equipo médico-pericial que represente a la Aseguradora en las Comisiones de Seguimiento de Siniestralidad, y facilite los correspondientes informes periciales tal y como se desarrollan en el siguiente apartado 4.2.2.

Con independencia de las funciones propias de la Aseguradora en relación con los siniestros amparados por el presente contrato, ésta tendrá acceso a la información completa de los siniestros bajo franquicia o bajo el límite de indemnización asumido por el Asegurado, así como a participar en las Comisiones de Seguimiento de Siniestralidad. De este modo, la Aseguradora podrá informar al SMS de su opinión técnica sobre la previsión de coste económico de las reclamaciones y levantar acta de seguimiento económico del contrato tal y como se desarrolla en el 4.1.15.



## 4.2.2. Aportación de Informes Periciales Sanitarios

### Informes de Especialistas

De acuerdo con lo establecido en el apartado 4.1.5, el adjudicatario se compromete a proporcionar informes médicos realizados por especialistas en la materia requerida y que sirvan de apoyo para la instrucción de los expedientes de reclamación patrimonial, con independencia de que estos siniestros hayan superado o no los límites de indemnización asumidos por el Asegurado. Esta gestión de recabar informes médicos periciales se desarrollará en coordinación con el Corredor que resulte designado por la compañía adjudicataria.

El informe podrá ser objeto de ratificación judicial o análisis cuando así se requiera por el SMS, órgano jurisdiccional o por los letrados de la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El formato de los informes será el adecuado para su presentación en Juicio, quedando el perito médico especialista a disposición del SMS para su ratificación en donde proceda.

El citado informe deberá contener como mínimo el siguiente contenido:

#### IDENTIFICACIÓN DEL ESPECIALISTA

Identificación del Médico Especialista que elabora el informe, especialidad de la que se trate y experiencia profesional.

#### OBJETO DE LA PERICIA

“Valoración de la asistencia prestada a XXXX, a quien se le diagnosticó...”

#### CAUSA DE LA RECLAMACIÓN

Resumen general del motivo de la reclamación, desde el punto de vista del reclamante, sin tener en cuenta ningún documento clínico.

FUENTES DOCUMENTALES (Todas ellas relacionadas con el motivo de la reclamación).

Se dividirán en dos bloques:

- a) FUENTES EXTERNAS MEDICO ASISTENCIALES (Consistirán en documentos clínicos de los centros sanitarios, correspondientes a las fechas de la actuación sanitaria reclamada, pero serán documentos más específicos)

Protocolos de actuación relacionados con la patología/asistencia, objeto de la reclamación.

Historia Clínica Hospital xxxx.

Informe de Alta de fecha xx/xx/xxxx



- \* Informe de Urgencias de fecha xx/xxlxxxx
- \* Analíticas
- \* etc...

b) FUENTES EXTERNAS NO MEDICAS (Consistirá, la mayoría de las veces, en la reclamación presentada. En ocasiones se dispondrá también de Autos de Juzgado, Alegaciones del reclamante,...)

Reclamación de RP de la Región de Murcia con fecha  
xx/xx/xxxx.  
Denuncia Juzgado...  
etc.

## RESUMEN DE HECHOS

Descripción detallada de los hechos reclamados contrastados con la documentación clínica y con todos los demás documentos.

## CONCLUSIONES MÉDICO PERICIALES

- Conclusiones en función del estudio realizado, de la reclamación presentada, de la documentación clínica recopilada y de la información adicional obtenida.
- Conclusiones sobre si la asistencia prestada se adapta o no al protocolo establecido.
- Conclusiones sobre si las lesiones sufridas guardan a no relación con la aplicación del protocolo.
- Descripción y características de las secuelas (Ejemplo: grados de movilidad, dimensiones y localización de cicatrices, porcentaje de capacidad sensorial,...)

## CONCLUSIONES FINALES

- Conclusión sobre si la actuación médica ha sido acorde o no a la lex artis, en función a las conclusiones medico periciales ya definidas.
- Conclusión relación de causalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

Información en la que se basan para apoyar la conclusión adoptada. Son documentos que no forman parte del expediente en un principio.

## FECHA DEL DOCUMENTO Y FIRMA DEL ESPECIALISTA QUE HA ELABORADO EL MISMO.

Estos informes estarán a disposición del SMS en un plazo máximo de 2 meses a contar desde que se remitió al Asegurador la documentación correspondiente.



## **Informes de Valoración del Daño**

El adjudicatario quedará obligado a facilitar al SMS un máximo de 25 informes de Valoración del Daño Corporal cuando sea requerido para ello, con independencia de que los siniestros afectados estén por debajo de franquicia o se hayan superado o no los límites de indemnización asumidos por el Asegurado.

### **4.2.3. Plan de Apoyo a la Gerencia de Riesgos Sanitarios y Planes de Formación.**

La compañía adjudicataria se compromete a participar en actividades de Gestión de Riesgos, en alguno de estos formatos:

1. Visitas de riesgo a hospitales: se realizarán visitas a los principales hospitales del Servicio de Salud, con el objeto de tener una visión desde el punto de vista cualitativo del riesgo. Las principales áreas a analizar mediante entrevistas serían: Equipo directivo, Servicio de Atención al Usuario, Calidad, Medicina Preventiva/ gestión de la infección, Obstetricia, Cirugía General y Pediatría. Se realizarían visitas al Bloque Quirúrgico, Urgencias y Farmacia para conocer sus circuitos.
2. Planes de gestión de riesgos: la compañía prestará apoyo a la detección de situaciones de mayor siniestralidad en los Servicios de Salud, y a la puesta en marcha de medidas de intervención mediante la elaboración de un Plan de Gestión de Riesgos.
3. Formación: la compañía estará pendiente de las necesidades formativas de los Servicios de Salud; en este sentido podrá proporcionar jornadas de formación tanto en gestión de riesgos como en la aplicación del nuevo baremo de accidentes de circulación, entre otros.

### **4.2.4 Plan de Apoyo a la Mediación Sanitaria**

La Aseguradora fomentará la resolución extrajudicial de los conflictos dentro del ámbito de la responsabilidad patrimonial del SMS a través de la Oficina de Mediación Sanitaria del SMS, con la finalidad de conseguir una minoración de gastos, prevención, eficacia y rapidez en la actuación administrativa, sin vulneración del propio procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria, mediante el ofrecimiento al reclamante de un procedimiento guiado por los siguientes principios informadores: Voluntariedad y Libre Disposición, Imparcialidad, Neutralidad, Confidencialidad, Buena Fe, Flexibilidad, Debate, Inmediatez y Presencialidad, de conformidad con el Acuerdo del Consejo de Administración del SMS sobre creación de la Oficina de Mediación Sanitaria en el SMS y aprobación de las directrices que han de regir el procedimiento y el Código de Buenas Prácticas de la Mediación (BORM 27 de noviembre de 2014).



Con ese objetivo, la Aseguradora impulsará los procedimientos de Mediación y podrá contar con la Oficina de Mediación Sanitaria del SMS, que deberá cumplir con los criterios descritos anteriormente en ese proceso de resolución extrajudicial, así como con los requerimientos de la normativa legal que le sea exigible. El servicio de Mediación contará con el apoyo de especialistas de derecho sanitario y de pericia médica aportados por la Aseguradora para la valoración del conflicto en el ámbito de la responsabilidad sanitaria.

### **4.3. SERVICIOS DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES A PRESTAR POR EL CORREDOR DE SEGUROS**

#### **4.3.1 Medios técnicos y humanos para optimizar la gestión de siniestros y la tramitación de todas las reclamaciones.**

La Correduría designada deberá comprometerse a gestionar los siniestros mediante un sistema de colaboración médica, jurídica y técnica, para lo que deberá incluir entre su personal (que podrá serlo mediante contrato laboral o mercantil), al menos, un licenciado en Derecho, con presencia física en los órganos centrales del SMS a jornada completa, un licenciado en Medicina y Cirugía General y un administrativo, de los cuales aportará el currículum, con dedicación a este contrato de al menos el 20% de su jornada (los dos últimos) y con experiencia de al menos tres años en gestión de reclamaciones patrimoniales en el sector sanitario.

Las tareas que deberá desempeñar cada profesional son las que se detallan a continuación

- a) El licenciado en Derecho deberá desempeñar las siguientes funciones:
  - Recepción y clasificación de las reclamaciones recibidas en función de su cobertura y póliza aplicable
  - Recopilación de documentación relativa a los expedientes hasta la calificación de los expedientes como completos para su inclusión en orden del día en Comisión de Siniestralidad
  - Coordinar la solicitud de defensa jurídica
- b) El licenciado en Medicina deberá desempeñar las siguientes funciones:
  - Análisis preliminar de casos





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

- Informes orientación de siniestros graves
- Opinión sobre coste y establecimiento de reservas
- Informes de Valoración Daño corporal
- Gestión petición informes de especialista
- Asistencia a Comisiones de Siniestralidad

Si no dispusiera de una oficina abierta en el territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la Correduría deberá proceder a la apertura de la misma en el plazo de dos meses desde la formalización del contrato.

#### **4.3.2 Gestión de siniestros por debajo de franquicia**

Los servicios del Corredor serán prestados con los medios humanos y técnicos mencionados, y conforme a los protocolos de gestión de reclamaciones descritos, independientemente de que los siniestros estén por debajo de la franquicia, no se haya alcanzado el límite de indemnización asumido por el SMS o habiéndose excedido los límites de indemnización asumidos por el Asegurador.

### **CAPITULO 5: CONDICIONES ECONÓMICAS**

#### **5.1. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ASUMIDO POR EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

De conformidad con la legislación vigente los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por el SMS en los términos que corresponda.

En toda indemnización, reserva e intereses derivados de un siniestro cubierto por el presente contrato, el SMS asume acumulativamente:

- La franquicia estipulada en **25.000 €**, o la que resulte de la adjudicación.
- El exceso de la mencionada franquicia por siniestro, hasta la cantidad de 2.250.000 euros para el periodo inicial del contrato de 18 meses y 1.500.000 euros en las sucesivas prórrogas anuales o el límite que finalmente se adjudique, del conjunto de siniestros correspondientes a cada periodo, cuya imputación se determinará en base a la fecha de reclamación según se define en el presente Pliego. Una vez consumido este importe se aplicarán los límites de indemnización asegurados.



## 5.2. LIMITES DE INDEMNIZACIÓN

Las garantías del presente Contrato, se establecen considerando los siguientes límites máximos de indemnización:

5.2.1. LÍMITE POR SINIESTRO; Euros **3.000.000; (TRES MILLONES DE EUROS)** por siniestro para cada una de las coberturas del contrato o el límite que resulte de la adjudicación.

5.2.2. SUBLÍMITE POR VÍCTIMA O LESIONADO: Euros **1.200.000; (UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL EUROS)** por siniestro para cada una de las coberturas del contrato o el límite que resulte de la adjudicación.

5.2.3. LÍMITE ESTIMADO MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR PERIODO INICIAL DE SEGURO O PRÓRROGAS ANUALES: La cantidad máxima de que responderá el Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, reservas e intereses correspondientes a cada período de seguro, con independencia de que sea consumida en uno o varios siniestros, entendiéndose por período de seguro el comprendido entre dos vencimientos de prima, o entre la entrada en vigor y la fecha de fin del seguro.

Se establece un límite de indemnización por periodo inicial de seguro de **TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL EUROS (13.500.000 €)** y para las prórrogas anuales de **NUEVE MILLONES DE EUROS (9.000.000 €)** o el límite que se adjudique finalmente. El Asegurador sólo indemnizará los siniestros hasta los límites de las sumas aseguradas anteriormente estipuladas, en exceso de dos millones doscientos cincuenta mil euros (2.250.000 €) para el periodo inicial de seguro y un millón quinientos mil euros (1.500.000 €) para las posteriores prórrogas anuales o el límite que se adjudique finalmente.

## 5.3. FRANQUICIA

“Se establece una franquicia general para todos los siniestros objeto de cobertura de **VEINTICINCO MIL (25.000.- €) EUROS** o la cantidad que resulte de la adjudicación.

En aquellas reclamaciones que, una vez vistas en Comisión de Seguimiento de Siniestralidad, la decisión al respecto sea estimatoria, la compañía Aseguradora de acuerdo con el Asegurado podrá acometer las conversaciones con el reclamante perjudicado. Una vez establecidos los términos del acuerdo y cuantías indemnizatorias correspondientes, se procederá del siguiente modo:

- En aquellas cuantías indemnizatorias que queden por debajo del límite de franquicia o del límite asumido por el Asegurado, el SMS procederá



a resolver y liquidar la indemnización correspondiente.

- En aquellas reclamaciones cuyas indemnizaciones excedan del importe de la franquicia y del límite asumido por el Asegurado, serán abonadas por la Aseguradora una vez haya recibido por parte del SMS la cuantía correspondiente a su retención en el riesgo.
- Con carácter excepcional y con el objetivo de agilizar la finalización de los acuerdos, la Aseguradora podrá proceder al abono de las indemnizaciones y, posteriormente, presentar al SMS la liquidación del importe que le corresponda.

Los gastos de defensa, de mediación y la garantía de preembriones crioconservados, quedan exentos de la aplicación de franquicia alguna.

#### **5.4. PRIMA TOTAL**

Se establece una Prima Total de 6.750.000 euros (SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL EUROS), o la cantidad que resulte de la adjudicación, correspondiente al periodo de vigencia inicial del contrato, incluidos todos los recargos e impuestos que legalmente correspondan, cuyo abono se efectuará en dos plazos:

- En el momento de la firma, un tercio del importe de adjudicación.
- Una vez transcurridos los primeros 6 meses de ejecución del contrato, los dos tercios restantes.

En el caso de que el contrato sea prorrogado, la prima anual será de DOS TERCIOS de la prima total por la cual se adjudique el contrato, sin perjuicio, de lo previsto en caso de modificación del contrato por siniestralidad según el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.

El pago de la prima se efectuará directamente por el SMS al Asegurador, previa emisión por éste de recibo, y conforme a las normas reguladoras de la contratación administrativa.

### **CAPÍTULO 6 CLÁUSULAS ADICIONALES**

#### **6.1. CONFIDENCIALIDAD**

Según lo dispuesto en el art. 12 de la Ley Orgánica 15/99, de Protección de Datos, para la prestación del servicio a que se refiere este contrato es necesario que el responsable del tratamiento de los datos (la Administración) permita el acceso a los mismos por el asegurador, pero sin que este conocimiento suponga una comunicación ni por tanto una cesión de los datos. Y ello por cuanto el asegurador no adquiere los citados datos y solo los puede utilizar o tratar conforme a las instrucciones del responsable del fichero (la Administración), y



en los términos establecidos en el contrato que necesariamente debe haber entre ellos, y, una vez se haya cumplido el objeto para el cual se dio acceso a los datos, estos deben ser destruidos o devueltos al responsable del mismo, sin que el asegurado pueda transferir, ni crear un nuevo fichero con esos datos.

Consecuentemente, el Asegurador se obliga a mantener la confidencialidad de los datos que le suministre el Servicio Murciano de la Salud, en ejecución de las condiciones especiales previstas, no pudiendo utilizarlos más que para las finalidades específicas y especialmente delimitadas que se deriven de la cobertura de los riesgos.

Asimismo, el Asegurador se obliga a mantener controlado el acceso de los datos a los que se hace referencia en el párrafo anterior en el caso de que hayan sido o fueran informatizados, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo.

A dichos efectos, en las bases de datos a que acceda establecerá las medidas de seguridad que sean acordes con la Ley, asignando códigos de identificación de las personas que utilicen dichos datos, así como estableciendo sistemas de registro de los movimientos que se realicen.

## **6.2. RECHAZOS DE COBERTURA**

Una vez que el Asegurador reciba por cualquier vía, reclamaciones o incidencias que puedan ser garantizadas por este contrato, deberá pronunciarse sobre la efectividad de dicha garantía, para ese caso concreto, en cuanto disponga de toda la documentación necesaria para ello y en un plazo no superior a UN MES.

## **6.3. CONCURRENCIA**

En aquellos casos en que se decida, de acuerdo con el protocolo previsto con anterioridad, negociar o transar económicamente, y se produzca concurrencia de seguros entre el presente contrato y otros contratos de seguros, individuales o colectivos, suscritos por el Asegurado, la Compañía Aseguradora deberá llevar a cabo todas las gestiones tendentes a la resolución amistosa, sin perjuicio de la liquidación obligatoria del siniestro, sin que en ningún caso pueda paralizar su tramitación por motivos de concurrencia.

No obstante, una vez que la Compañía Aseguradora haya procedido al pago y liquidación del siniestro, podrá ejercer las acciones que le correspondan, de cara a la recuperación del importe indemnizado, con la Compañía Aseguradora con la que el asegurado tenga suscrito el contrato de seguros concurrente.

Así mismo, en caso de responder en concurrencia con pólizas debidamente





C/ Central, nº 7, Edif. Habitamia I  
30100 Espinardo (Murcia)

suscritas por contratistas o concertos o de cualquier otra concurrencia con responsables, se reconoce al asegurador el derecho de repetición.

#### **6.4. ACEPTACIÓN ESPECÍFICA DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS**

En la póliza que se suscriba con el adjudicatario del contrato figurará una cláusula con el siguiente tenor literal:

"Las Condiciones Económicas de esta póliza han sido establecidas teniendo en cuenta los términos y limitaciones estipulados por las partes, particularmente en lo que refiere a alcance del Seguro, ámbito temporal de cobertura, limitaciones por anualidad de seguro, límites de indemnización y así como exclusiones y otras estipulaciones.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3º de la Ley de Contrato de Seguro de 8 de Octubre de 1.980, las condiciones resaltadas de modo especial en el presente contrato en negrilla, y para el caso de que pudieran ser consideradas limitativas de los derechos del Tomador del Seguro o del Asegurado son específicamente aceptadas por el Tomador del Seguro, quien deja expresa constancia de haberlas examinado detenidamente cada una de ellas y de mostrarse plenamente conforme con cada una de las mismas en virtud de su correspondiente firma."

LA JEFA DE SERVICIO JURÍDICO

Consuelo Chicano Saura

LA ASESORA JURÍDICA

Eulalia García Escribano

(Fecha y firma electrónica al margen)

