

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARTICULARES QUE HA DE REGIR EL CONTRATO DE SERVICIOS DE: “PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL/PATRIMONIAL DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD” A ADJUDICAR POR PROCEDIMIENTO ABIERTO CON PLURALIDAD DE CRITERIOS

El objeto de la contratación será el aseguramiento de los riesgos de:

SECCIÓN I: CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

SECCIÓN II: CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

TÍTULO I: CONDICIONES COMUNES A LA SECCIÓN I y II

Capítulo I. DECLARACIÓN INICIAL DE GRAN RIESGO

Capítulo II. DEFINICIONES

Tomador del Seguro

Actividad

Asegurado

Terceros

Daños y Perjuicios Indemnizables

Siniestro

Reclamación

Fecha de Reclamación

Fecha de Ocurrencia

Período de Seguro

Póliza

Prima

Suma Asegurada

Límites

Responsabilidad

Capítulo III. CONDICIONES TÉCNICAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Riesgos Cubiertos

Defensa y Fianzas

Riesgos Excluidos

Límites de Indemnización

Liberación de Gastos

Ámbito Geográfico y Jurisdiccional de la Cobertura

Ámbito Temporal de la Cobertura

Duración del Contrato

Concurrencia de Seguros

Aceptación específica de las cláusulas limitativas

Confidencialidad

Interpretación del contrato

Capítulo IV. CONDICIONES DE GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES.

PROTOCOLO DE GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Resolución de conflictos en el ámbito de la responsabilidad sanitaria

Comunicación de siniestros

Comisión mixta Administración-Seguro

Peritaciones

Servicio de mediación

Servicio Técnico de la Aseguradora

Reuniones de seguimiento

OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

OBLIGACIONES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Capítulo V. PRESUPUESTO MÁXIMO.

Capítulo VI. PRIMA MÁXIMA.

TÍTULO II: CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN I

Capítulo I. CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL/PROFESIONAL

Objeto del Seguro

Límite por anualidad de seguro

TÍTULO III. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN II

Capítulo I. CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

Objeto del Seguro

Límite por anualidad de seguro

Franquicia Máxima Sección II

TÍTULO I: CONDICIONES COMUNES A LA SECCIÓN I y II

Capítulo I. 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, delimitando el ámbito del presente pliego:

El SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD declara, a los efectos previstos en el artículo 44 segundo párrafo de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, que:

- 1.- El SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, como Tomador del seguro, tiene la consideración de Gran Riesgo conforme al artículo 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- 2.- La Ley de Contrato de Seguro se aplicará en lo no regulado por este contrato.
- 3.- La delimitación temporal de la cobertura ha sido 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.

Capítulo II. DEFINICIONES

TOMADOR DEL SEGURO.

Tendrá la condición de contratante del seguro el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (en adelante SERMAS) de la Comunidad de Madrid.

ACTIVIDAD.

Se garantiza la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios y la actividad sanitaria en su más amplio sentido y todas aquellas complementarias que tengan una relación directa con aquella, conforme a la regulación que establece la legislación vigente.

ASEGURADO.

A) DIRECTAMENTE:

1. El SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.
2. Todo el personal del SERMAS, ya sea sanitario, no sanitario, el personal directivo, funcionario, estatutario, laboral, en formación o en prácticas, los acogidos a algún decreto de fomento al empleo, los relacionados con empresas de trabajo temporal, los becarios, voluntarios y, en general, otros dependientes, cualquiera que fuera su situación administrativa, que presten sus servicios para el Organismo en centros propios y/o ajenos.

Igualmente, tendrán consideración de Asegurado, los Especialistas en formación en Ciencias de la Salud en Centros del SERMAS, que hayan sido autorizados mediante Resolución del Órgano competente, para efectuar Rotaciones Externas en Centros ajenos al SERMAS, que sean del ámbito territorial de la propia Comunidad de Madrid, de otras Comunidades y/o de otros países, todo ello durante el periodo de la autorización.

El personal médico docente universitario que presta sus servicios en Entidades, Centros o instituciones pertenecientes al SERMAS en virtud de conciertos, firmados entre este Organismo y las Universidades madrileñas.

No está comprendido el personal en la situación de comisión de servicios en Entidades, Centros o Instituciones no pertenecientes al SERMAS ni administrados por el mismo, salvo personal del SERMAS autorizado como desplazamiento temporal en otras Entidades, Centros o Instituciones.

3. Asimismo, tendrá la consideración de Asegurado cualquier otra persona que preste sus servicios en el SERMAS con la autorización de la autoridad competente, así como el personal sanitario que sin pertenecer al SERMAS realiza una prestación sanitaria cubierta en este contrato, como consecuencia de la firma de convenios, conciertos o contratos por parte de la Comunidad de Madrid, en centros propios o ajenos.
4. Igualmente, los miembros del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid y los Altos Cargos de la Consejería de Sanidad, por sus decisiones vinculadas a la prestación del servicio sanitario, en el ejercicio de sus funciones, dentro del ámbito de la gestión sanitaria.
5. Los herederos y familiares de cualquiera de los Asegurados, respecto a las responsabilidades profesionales de estos que les pudieran ser exigibles en el caso de fallecimiento de los Asegurados.

B) PREVIA ADHESIÓN AL CONTRATO:

1. Las Empresas Públicas, Fundaciones, Consorcios y Entidades legalmente establecidas siempre y cuando declaren expresamente a la Compañía Aseguradora su voluntad de adherirse en las mismas condiciones del presente contrato y con la autorización del SERMAS.

Su adhesión se realizará previa cotización por parte de la compañía aseguradora y aceptación de la prima.

En el supuesto de las organizaciones con personalidad jurídica propia, 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 SERMAS su adhesión al contrato de seguro representará la condición de Asegurado del SERMAS por la parte que le corresponda en el mismo.

De declararse la inclusión de alguna de estas Fundaciones, Consorcios, Entidades y/o Empresas tendrán la condición de Asegurado en el presente contrato, además de la propia fundación, consorcio, Entidad y/o Empresa, y según los mismos términos que el SERMAS, su personal, conforme al mismo criterio recogido en el apartado A) del concepto de ASEGURADO dentro de las Condiciones Comunes a la Sección I y II – Capítulo II. DEFINICIONES.

2. Centros y Servicios Concertados, respecto a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial, cuando las personas asistidas en ellos lo sean como beneficiarios del sistema público de salud, previa ampliación de la cobertura. Esta ampliación se realizará de manera nominativa y centro a centro, previa cotización por parte de la compañía aseguradora y aceptación de la prima.

TERCEROS.

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

Los Asegurados en su calidad de usuarios de la actividad del SERMAS.

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

Cualquier persona física o jurídica distinta del contratante del seguro y de los Asegurados.

DAÑOS Y PERJUICIOS INDEMNIZABLES.

Tendrán la consideración de indemnizables por el presente contrato:

Daños corporales: la muerte, lesiones y otros atentados a la integridad física o la salud de las personas.

Daños materiales: la destrucción, deterioro o pérdida de cosas o animales.

Daños morales derivados de un previo daño corporal y los derivados de una falta de información al paciente.

Perjuicios: las pérdidas económicas ocasionadas como consecuencia directa de los daños corporales, o materiales indemnizables sufridos por el perjudicado/reclamante de dicha pérdida.

SINIESTRO.

Se considera siniestro bajo la **SECCIÓN I** 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 y la reclamación se tramite por un procedimiento distinto del procedimiento de responsabilidad patrimonial previsto en la actual Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, o se sustancie ante una jurisdicción distinta de la contencioso-administrativa.

Se considera siniestro bajo la **SECCIÓN II** 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 incluida la reclamación que se tramite por el procedimiento de responsabilidad patrimonial previsto en la actual Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo

Común de las Administraciones Públicas, o se sustancie ante la jurisdicción contencioso administrativa. Se considerará como un solo y único siniestro la sucesión de hechos o circunstancias que se deriven de un mismo origen o igual causa, con independencia del número de perjudicados y reclamaciones formuladas y el número de profesionales implicados.

RECLAMACIÓN.

Se entenderá por reclamación:

- Los procedimientos judiciales o administrativos dirigidos contra el Tomador del Seguro o contra cualquiera de los asegurados.
- Los requerimientos formales y por escrito formulados contra el tomador del Seguro o contra la Compañía de Seguros, derivado de un siniestro amparado por el contrato, incluido cualquier procedimiento iniciado de oficio por el SERMAS tras tener conocimiento de hechos o actuaciones que pudieran ser constitutivos de exigencia de responsabilidad.
- Las comunicaciones escritas del perjudicado dirigidas al Tomador del Seguro y/o los asegurados por cualquier medio, derivadas de un siniestro amparado por el contrato.

Se considerará que constituyen una única reclamación los diversos procedimientos judiciales o administrativos, requerimientos formales y por escrito formulados contra el Asegurado o contra la Compañía de Seguros, o comunicaciones escritas del perjudicado dirigidas al asegurado, que deriven de un mismo siniestro, aunque se formulen en momentos diferentes.

No tendrán la consideración de reclamación:

- Cualquier queja, aunque sea escrita, en la que no se manifieste claramente la intención de llevar a cabo una reclamación formal con contenido económico.
- La mera citación del Asegurado como testigo en un procedimiento judicialo administrativo, ni por la solicitud efectuada por un interesado o por un órgano judicial, administrativo o parlamentario, de que se remita una documentación clínica.

FECHA DE RECLAMACIÓN.

Se considera fecha de la reclamación de un siniestro la correspondiente a la fecha de recepción por el tomador del seguro, asegurado/s, o por la Compañía Aseguradora, de la primera comunicación de procedimiento judicial o administrativo, requerimiento formal y por escrito o comunicación escrita con contenido económico del perjudicado dirigida al SERMAS, o la fecha de inicio de un procedimiento de oficio generada por tal siniestro.

La aseguradora se obliga a comunicar al SERMAS, en el plazo de siete días, las reclamaciones que le sean comunicadas directamente, bien contra el tomador del seguro o los asegurados, o bien, en su caso, contra la propia compañía a través de la acción directa, de conformidad con los criterios que se establezcan en el protocolo que se habilite al efecto.

FECHA DE OCURRENCIA.

Se tomará como fecha de ocurrencia de un siniestro la correspondiente al momento en que se haya producido la acción motivadora del daño indemnizable. En caso de duda, un daño corporal se considerará ocurrido en el momento en el que el perjudicado tenga conocimiento del mismo al aparecer síntomas y/o secuelas relacionadas con dicho daño, aunque la concreción de la fecha y del nexo de causalidad no se establezca hasta más tarde.

PERIODO DE SEGURO.

Periodo comprendido entre el efecto y el vencimiento del seguro.

PÓLIZA.

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la póliza el pliego de cláusulas administrativas particulares y el presente Pliego de Prescripciones Técnicas Particulares, así como las condiciones particulares, las cláusulas especiales y las actas o suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA.

El precio del seguro establecido en el contrato como prima total.

El recibo contendrá los recargos y tributos que sean de legal aplicación en cada momento, que, sumados a la prima neta, dan como resultado la prima total.

El cálculo de la prima neta se realiza teniendo en cuenta el conjunto de coberturas contratadas, límites y sublímites de garantías o "sumas aseguradas", condiciones de aseguramiento y demás condiciones pactadas que constan en la póliza, de forma que la variación en cualquiera de estas condiciones determinará la correspondiente modificación de la prima. Igualmente, las indemnizaciones satisfechas por el Asegurador nacidas de acciones u omisiones realizadas por terceros vinculados con el Tomador del seguro o los asegurados en virtud de la correspondiente relación jurídica y frente a las que se hayan ejercido el derecho de repetición por el Asegurador, deberán minorar la siniestralidad correspondiente al Tomador del seguro o Asegurados.

SUMA ASEGURADA.

La cantidad máxima de que responderá el Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones por siniestro, sea cual fuese el número de coberturas afectadas.

LÍMITES.

Entendiendo por período de seguro, el comprendido desde las 00:00 horas del día 3 de julio de 2023 hasta las 24:00 horas del día 2 de julio de 2025 o el periodo establecido en la última prórroga, se establecen los siguientes límites:

- a) Límite por anualidad de seguro: la cantidad máxima a cargo de la Aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones correspondientes a cada anualidad de seguro, con independencia de que sea consumida en uno o varios siniestros.

- b) Límite por siniestro: la cantidad máxima a cargo de la Aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones correspondientes a un siniestro.
- c) Sublímite por víctima: la cantidad máxima a cargo de la Aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones correspondientes a la víctima, lesionado o dañado, junto con las que, en su caso, pudieran corresponder a sus causahabientes o perjudicados.

RESPONSABILIDAD.

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

Explotación: La responsabilidad que tiene el SERMAS, 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 o dependencias bien ya existentes, o que resulten adscritos).

Patronal: La responsabilidad que le sea exigida al SERMAS por los accidentes de trabajo sufridos por el personal que tenga la condición de Asegurado.

Patrimonial: 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 en la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Capítulo III CONDICIONES TÉCNICAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

RIESGOS CUBIERTOS.

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

- Los Riesgos Profesionales derivados de:
 - a) La asistencia sanitaria entre otras la médica, de enfermería, quirúrgica y farmacéutica ordinaria y de urgencia, prestada con medios propios, tanto en atención primaria como especializada incluidas dentro de la Cartera de Servicios prestados por el Asegurado.
 - b) La asistencia prestada con carácter de ayuda humanitaria.
 - c) La actuación en el ámbito de la atención domiciliaria y del traslado de enfermos, con independencia del medio de transporte y titularidad de éste.
 - d) La actuación y la asistencia sanitaria en el ámbito de la telemedicina.
 - e) Las actividades de administración, dirección, mantenimiento, hostelería, docencia, investigación, formación, etc.

- f) La realización de ensayos clínicos que sean de bajo nivel de intervención, de acuerdo con el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, por parte de Entidades, Centros o Instituciones pertenecientes al SERMAS, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.
- Los Riesgos generales de Explotación derivados de:
 - a) La propiedad o posesión, usufructo o arrendamiento, de bienes muebles e inmuebles afectos a la actividad descrita en el presente contrato.
 - b) La condición de promotor o constructor de obras o instalaciones menores, entendiéndose por tales las que tengan un valor de ejecución inferiores a un millón de Euros.
 - c) La preparación, distribución y suministro de alimentos y bebidas.
 - d) Los servicios de vigilancia y seguridad.
 - e) La contaminación del aire, agua y suelo siempre que esta 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.
 - f) 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.
 - g) Los daños materiales a inmuebles alquilados por el SERMAS para el ejercicio de la actividad asegurada, con un límite máximo por siniestro de 300.000.- euros.

Quedan excluidas las reclamaciones formuladas como consecuencia de modificaciones que se efectúen en los referidos inmuebles sin autorización de la propiedad.
- El Riesgo de Responsabilidad Civil Patronal o por Accidente de Trabajo:
 - a) La responsabilidad que le sea exigida al Organismo por los accidentes de trabajo sufridos por el personal que tenga la condición de Asegurado conforme se define en las Condiciones técnicas de la Póliza de Seguro, ocurridos en el desarrollo de la actividad aseguradora.
 - b) 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.
- El Riesgo derivado de:
 - a) Cualquier accidente que afecte a los preembriones crio conservados, se abonará a las parejas o perjudicados cuyos preembriones hayan sido afectados el importe correspondiente a los gastos que se les hubiera producido para la obtención de los mismos, previa su acreditación correspondiente.

- i. Esta cobertura no ampara los daños producidos a los preembriones crio conservados durante su manipulación.
 - ii. El límite garantizado es de 1.000.- euros por pareja o perjudicado.
- b) La reproducción humana conforme a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, y el Real Decreto-Ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, queda garantizados los costes de procesamiento, preservación y almacenamiento de células y tejidos para usos autólogos eventuales en el supuesto de que se produzca su cesión a otro establecimiento, centro o unidad sanitaria para usos alogénicos en procedimientos terapéuticos con indicaciones médicas establecidas en receptores adecuados, o por la cesión en los casos de cese de la actividad del establecimiento, según los términos del Real Decreto Ley 9/2014, de 4 de julio.
 - i. El límite garantizado es de 1.000.- euros.
- Asimismo, quedan incluidas en las coberturas de la póliza las injurias, calumnias difamación (ya sea verbal o escrita) cometidas por el Asegurado directamente en el desempeño y prestación de los servicios profesionales cubiertos bajo esta póliza.
 - i. El límite de indemnización garantizado bajo esta cobertura es de 50.000.- euros por persona asegurada y de 100.000.- euros en el agregado anual.
- La responsabilidad por todos los riesgos anteriormente expuestos imputable al SERMAS.
- En cualquier caso, queda garantizada la facultad de repetición de la Aseguradora frente a riesgos indemnizados que sean responsabilidad de un tercero vinculado al SERMAS por contrato.

DEFENSA Y FIANZAS.

- a) La defensa del SERMAS ante los diversos Órganos y Órdenes Jurisdiccionales corresponde a los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid, tal y como se establece en el artículo 1 de la Ley 3/1999, de 30 de marzo, de Ordenación de los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid.
- b) Sin perjuicio de lo anterior, y por lo que se refiere a la responsabilidad civil y penal de los asegurados, la defensa de los mismos, como también su asesoramiento y la asistencia en su defensa ante los órganos colegiados de los Colegios Profesionales queda comprendida en el presente contrato y podrá ser atribuida a los profesionales designados por el Asegurador o, al amparo de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley de Contrato de Seguro, al abogado y procurador designado libremente por dicho personal, a elección del Asegurado, sin que, en este último caso, los honorarios profesionales que puedan

percibir dichos abogados o procuradores puedan ser superiores a los mínimos establecidos en los criterios orientadores de honorarios profesionales del correspondiente Colegio de Abogados y los aranceles de derechos de los Procuradores de los Tribunales de Madrid en vigor, quedando a cargo del Asegurado la diferencia si la hubiese.

- c) Para que la designación por parte de los asegurados de abogado y procurador en el libre ejercicio profesionales sea efectiva y respaldada en los términos anteriores por el Asegurador, el Asegurado que haya optado por la misma deberá comunicar por escrito dicha designación al SERMAS como Tomador del seguro, para que este a su vez lo notifique al Asegurador.
- d) En el caso de designación por parte de los Asegurados de Abogado y Procurador en el libre ejercicio profesional, en el plazo de 15 días siguientes a dicha designación, y previa puesta en conocimiento de esta circunstancia a la Aseguradora, la misma procederá a emitir el número de referencia de cobertura y a poner en conocimiento esta circunstancia al abogado y procurador, a los efectos contables y económicos correspondientes.
- e) Dicha defensa y fianza procederá incluso contra reclamaciones infundadas o en el caso de alegarse conductas dolosas en cualquier procedimiento judicial, comprendiendo los honorarios y gastos de toda clase que vayan a cargo del Asegurado como civilmente responsable. En el caso de declararse por sentencia judicial firme que la conducta del Asegurado es dolosa quedará este obligado a reembolsar a la compañía todos los gastos satisfechos.
- f) La defensa del Asegurado por los abogados y procuradores en los procedimientos que se les siguiera, aún después de liquidadas las responsabilidades civiles.
- g) La constitución de las fianzas judiciales exigidas al Asegurado para garantizar su responsabilidad civil.
- h) La constitución de la fianza que en causa criminal se les exigiera para asegurar su libertad provisional.
- i) La constitución de la totalidad de la fianza que en causa criminal les fuera pedida como garantía de las responsabilidades pecuniarias.
- j) El pago de todos los costes y gastos judiciales y extrajudiciales, incluidas las costas, que sobrevinieran a consecuencia del siniestro.
- k) Las fianzas que por los conceptos previstos en el contrato y esta cobertura deba constituir la Aseguradora, no pueden exceder del límite fijado en el contrato por cada siniestro.
- l) Si el Asegurado fuera condenado en un procedimiento criminal, la Aseguradora resolverá, de común acuerdo con el mismo, sobre la conveniencia de recurrir ante el Tribunal Superior competente. Si no existiese acuerdo y la Aseguradora estimara improcedente el recurso, lo comunicará al interesado, quedando éste en libertad de interponerlo, pero por su exclusiva cuenta. La Aseguradora quedará obligada a reembolsarle los gastos judiciales y los de abogado y procurador, en el supuesto de que dicho recurso prosperase.

RIESGOS EXCLUIDOS.

Están excluidos de cobertura bajo esta póliza los siguientes riesgos:

- a) Las responsabilidades que se pueden producir directamente en ejecución de actos administrativos normativos de carácter general dictados en el ejercicio de la potestad legislativa y/o reglamentaria de la Administración, con la excepción de aquellas que se produzcan por la actuación material, intelectual y/o prestacional del Asegurado.
- b) La responsabilidad resultante de intervenciones médicas o quirúrgicas, o de actividades sanitarias no incluidas en la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público.
- c) La responsabilidad derivada de la utilización de procedimiento curativos y de medios ajenos a la buena y reconocida práctica médica o que no hayan recibido reconocimiento de entidades científicas o de profesionales médicos de reconocido prestigio.
- d) Las consecuencias de recetar y/o administrar productos farmacéuticos no aprobados por la Autoridad Sanitaria.
- e) La responsabilidad de los Asegurados por daños que tengan su origen en actos dolosos o derivados de la infracción o incumplimiento voluntario e injustificado de las normas que rigen las actividades objeto del seguro, declarados por sentencia judicial firme. Esta exclusión no será de aplicación en cuanto a la responsabilidad civil/patrimonial que pudiera corresponder al SERMAS derivada de tales actos, ni tampoco será de aplicación en los casos contemplados en la letra e) del apartado DEFENSA Y FIANZAS.
- f) Las reclamaciones fundadas en pactos o acuerdos que modifiquen la responsabilidad legalmente exigible en ausencia de ellos.
- g) El pago de multas, penalizaciones o sanciones impuestas por los tribunales y demás Autoridades, excepto en los casos en que estas le sean impuestas al SERMAS como consecuencia de la actuación o inacción de la compañía aseguradora.
- h) Los daños inmateriales o perjuicios económicos que no estén garantizados por el contrato, según lo dispuesto en las Condiciones Técnicas de la Póliza de Seguro de la presente póliza.
- i) La responsabilidad derivada de la realización de ensayos clínicos que no sean de bajo nivel de intervención, cuya obligación de aseguramiento queda recogido 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 y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, a excepción de la responsabilidad de los investigadores clínicos contratados por la asistencia médica prestada al sujeto del ensayo, pero por razones ajenas al mismo de conformidad con la normativa vigente.

- j) Reclamaciones por daños que caigan en el ámbito del seguro obligatorio de responsabilidad civil de instalaciones radioactivas según lo dispuesto en la Ley 25/1964, de 29 de abril; en el RD 1836/1999, de 3 de diciembre, así como en cualquier otra norma posterior que desarrolle la citada legislación.
- k) La responsabilidad derivada del uso y circulación de vehículos a motor y de los elementos remolcados o incorporados a los mismos, autorizados en circulación de vías públicas.
- l) La responsabilidad derivada de daños causados por cualquier artefacto, nave o aeronave destinados a la navegación o sustentación acuática o aérea.
- m) El transporte y entrega de materias peligrosas, definida en el Reglamento Nacional para el Transporte de Mercancías Peligrosas por Carretera (TPC) y/o legislación o normativa en vigor.
- n) Las responsabilidades que deban ser objeto de cobertura por un seguro obligatorio.
- o) Los daños a los inmuebles de terceros utilizados por el asegurado para el desarrollo de su actividad en exceso del sublímite asegurado.
- p) Los daños por hechos de guerra civil o internacional, motín o tumulto popular, terrorismo, terremotos e inundaciones y otros eventos extraordinarios, en donde no exista una relación de causalidad entre esos daños y una acción u omisión por parte del SERMAS.
- q) 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.
- r) Exclusiones específicas para la cobertura de responsabilidad civil patronal o por accidentes de trabajo:
 - Las reclamaciones por hechos que no sean calificados como accidentes de trabajo o que estén excluidos del seguro de accidentes de trabajo, así como las reclamaciones de trabajadores que no estén dados 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 o 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.
 - El resarcimiento de daños materiales.

- s) Las reclamaciones derivadas de la utilización de silicona líquida.
- t) Las siguientes reclamaciones:
- Las derivadas de hechos, circunstancias, acontecimientos o daños que el Tomador del seguro conociese antes de las 00:00 horas del 3 de julio de 2023 siempre y cuando este pudiera deducir, antes de la mencionada fecha, que existe la posibilidad cierta de que posteriormente se formule una reclamación formal con contenido económico.
 - Las que estén cubiertas por otra u otras pólizas contratadas con anterioridad a esta.
 - Las que hayan sido presentadas una vez finalizado el periodo de vigencia del contrato o el periodo de notificación al Asegurador.
- u) Quedan excluidas las reclamaciones relacionadas directamente con el tratamiento o contagio de la enfermedad derivada del coronavirus (COVID-19), enfermedad respiratoria aguda grave síndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo. En cualquier caso, esta exclusión únicamente afecta al tratamiento o contagio de Covid-19, pero no a otras acciones y omisiones de los Asegurados durante el tratamiento de dicha enfermedad que hubieran dado lugar a responsabilidades cubiertas con independencia de ese tratamiento o contagio, es decir, la exclusión relativa al tratamiento de Covid-19, no afectará a acciones u omisiones de los Asegurados durante el tratamiento de dicha enfermedad que estén relacionadas con responsabilidades cubiertas con independencia de la misma.

Dicha exclusión afectará exclusivamente a la responsabilidad civil/patrimonial, salvaguardando por tanto las coberturas incluidas en el apartado DEFENSA Y FIANZAS.

Para aquellas reclamaciones inicialmente relacionadas con el contagio o tratamiento de la enfermedad derivada de Covid-19, en las que durante la instrucción de dicha reclamación quedase justificado que las consecuencias de la asistencia no están directamente relacionadas con dichas causas, sino con acciones u omisiones cubiertas con independencia de la misma, la presente exclusión no surtirá efectos.

(No obstante lo anterior, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares fijará como uno de los criterios de adjudicación del contrato, la mejora para la no aplicación de la exclusión prevista en esta cláusula, consistente en el compromiso voluntario por parte del licitador, de asumir las reclamaciones indicadas en esta cláusula, relacionadas con el tratamiento o contagio de la enfermedad derivada del coronavirus (COVID-19), enfermedad respiratoria aguda grave síndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo).

LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN.

Las garantías del presente contrato se establecen considerando los siguientes límites de indemnización:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL/PATRIMONIAL:

4.100.000 € (CUATRO millones CIENTO MIL euros) por siniestro.

RESPONSABILIDAD DE EXPLOTACIÓN/PATRIMONIAL:

9.100.000 € (NUEVE millones CIENTO MIL euros) por siniestro.

RESPONSABILIDAD PATRONAL O POR ACCIDENTE DE TRABAJO

9.100.000 € (NUEVE millones CIENTO MIL euros) por siniestro.

RESPONSABILIDAD POR DAÑOS A BIENES INMUEBLES EN RÉGIMEN DE ALQUILER POR EL SERMAS:

400.000 (CUATROCIENTOS mil euros) por siniestro.

PARA TODAS LAS COBERTURAS DEL CONTRATO SUBLÍMITE POR VÍCTIMA O LESIONADO:

4.100.000 € (CUATRO millones CIENTO MIL euros) por siniestro.

LIBERACIÓN DE GASTOS.

El límite y sublímite de indemnización máximo cubiertos por el seguro se entenderán liberadas de cualquier deducción por gastos judiciales o extrajudiciales que, como consecuencia de la tramitación del expediente del siniestro, se hayan producido al asegurador, aun cuando aquellos gastos sumados a la indemnización satisfecha excedan de la citada garantía.

ÁMBITO GEOGRÁFICO Y JURISDICCIONAL DE LA COBERTURA.

La garantía de este contrato se extiende y limita a las responsabilidades civiles derivadas de los daños sobrevenidos en todo el mundo, excepto Estados Unidos y Canadá, y reconocidas por Tribunales españoles o de cualquier otro estado del mundo excepto Estados Unidos y Canadá.

ÁMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA.

Serán objeto de cobertura los daños y perjuicios derivados de actos u omisiones del Asegurado ocurridos desde el 1 de enero de 2000 que sean reclamados al Asegurado o al Tomador del seguro durante la vigencia del contrato de la póliza de seguro y que sean notificados al Asegurador.

El periodo de vigencia del contrato de seguro abarca desde las 00:00 horas del 3 de julio de 2023 hasta las 24:00 horas del 2 de julio de 2025.

El plazo máximo de notificación al Asegurador será de seis meses desde el vencimiento de la póliza de seguro.

Para la aplicación de esta cláusula de ámbito temporal de la cobertura se tendrán en cuenta las exclusiones contenidas en la letra t) del apartado RIESGOS EXCLUIDOS del Capítulo III – CONDICIONES TÉCNICAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO, COMÚN A LAS SECCIONES I y II.

DURACIÓN DEL CONTRATO.

El contrato derivado de este concurso tendrá un periodo de vigencia de 24 meses, pudiendo ser objeto de prórroga de acuerdo con la legislación vigente en materia de contratación pública, no pudiendo exceder de 36 meses la duración total incluidas las prórrogas.

Asimismo, el plazo de preaviso para la cancelación del contrato será de 5 meses.

La compañía aseguradora renuncia a su derecho de rescindir el presente contrato durante su vigencia, después del acaecimiento de un siniestro, en modificación a lo establecido en la Ley 50/1980, de 1 de octubre, reguladora del Contrato de Seguro.

CONCURRENCIA DE SEGUROS.

En aquellos casos en que la decisión de la Comisión Mixta haya sido la de negociar transar económicamente o, en su caso haya sido adoptada en los supuestos señalados en esta póliza, 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, en cumplimiento de lo determinado por la citada Comisión, 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 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 tengasuscrito el contrato de seguros concurrente.

ACEPTACION ESPECIFICA DE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS.

Las condiciones económicas de este pliego han sido establecidas teniendo en cuenta los términos y limitaciones estipulados por las partes, particularmente en lo que se refiere a alcance del seguro, ámbito temporal de cobertura, limitaciones por anualidad de seguro, límites de indemnización, así como exclusiones y otras estipulaciones.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980, las condiciones anteriores 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.

CONFIDENCIALIDAD.

La Aseguradora contratada se obliga a mantener la confidencialidad de los datos que le suministre el SERMAS en ejecución de las condiciones previstas en el contrato, no pudiendo utilizar los mismos más que para las finalidades estrictas que se deriven de la cobertura de los riesgos.

La Aseguradora contratada y el personal encargado de realizar las tareas guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del presente contrato y, específicamente, no podrán dar información sobre las personas atendidas ni sobre las actividades realizadas a ninguna persona o entidad sin el permiso explícito de los responsables técnicos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, la Aseguradora contratada y el personal que tenga relación directa o indirecta con la prestación de los servicios objeto del contrato guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligados a no hacer públicos o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, especialmente en el caso de datos clínicos, incluso después de finalizar el plazo contractual.

La Aseguradora contratada y la Entidad Mediadora se comprometen expresamente al cumplimiento de lo dispuesto en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y normas concordantes, y demás normativa aplicable.

El incumplimiento por parte de la Aseguradora contratada y de la Entidad Mediadora del Seguro de las estipulaciones del presente pliego lo convierten en responsables del tratamiento, respondiendo directamente de las infracciones en que hubieran incurrido, así como al pago del importe íntegro de cualquier sanción que en materia de protección de datos de carácter personal pudiera ser impuesta a la Administración, así como de la totalidad de los gastos, daños y perjuicios que sufra la Administración como consecuencia de dicho incumplimiento.

INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO

En caso de duda respecto a la interpretación de las normas contractuales y coberturas de la póliza, se estará a la interpretación más extensiva y favorable al Asegurado.

Capítulo IV. CONDICIONES DE GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

PROTOCOLO DE GESTIÓN DE GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Con independencia de la plena sujeción del SERMAS a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y demás normativa aplicable; en el caso de siniestro, el tratamiento de las comunicaciones de incidencias y/o reclamaciones, y la gestión de las mismas e información de la siniestralidad se realizará conforme al procedimiento siguiente, sin perjuicio del Protocolo Interno de Gestión que se acuerde entre las partes contratantes que deberá ser formalizado en el plazo de 3 meses desde la firma del contrato de la presente póliza.

Dicho protocolo será elaborado por el Servicio Madrileño de Salud y será ratificado por la Compañía Aseguradora dentro del plazo máximo de formalización, previa introducción de aquellas modificaciones que se acuerden de mutuo acuerdo entre las partes.

a) RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA

Tanto la Compañía Aseguradora, como el SERMAS fomentarán la resolución extrajudicial de los conflictos dentro del ámbito de la responsabilidad sanitaria del SERMAS, 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 rectores:

- Sometimiento voluntario por parte de los perjudicados.
- Conclusión por medio de acuerdo entre las partes.

Con ese objetivo, y sin vulneración del propio procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria, la Administración ofrece un sistema complementario de entrevistas, voluntario y gratuito para los reclamantes con el objetivo de poder dar una explicación ágil y presencial al ciudadano sobre los hechos reclamados. En este servicio se podrá contar con dos asesores uno especialista en Derecho Sanitario y otro en pericia médica, aportados por el SERMAS o en su caso, por la Compañía de Seguros previa aprobación por parte del SERMAS, cuyas labores de asesoramiento deberán justificarse a través de informes técnicos al efecto, individuales y referidos a cada uno de los expedientes para los que se solicite su colaboración.

Asimismo, el SERMAS podrá solicitar a la Compañía de Seguros o a la Entidad Mediadora cuantos informes periciales o de valoración de daño corporal se consideren necesarios.

b) COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

El Tomador comunicará al asegurador:

- Los incidentes o reclamaciones en los que se deberá aplicar el servicio para la resolución de conflictos en el ámbito de los riesgos contratados de la responsabilidad sanitaria objeto de esta póliza.
- Los procedimientos judiciales o administrativos dirigido contra el SERMAS o contra cualquiera de los asegurados.
- Los requerimientos formales y por escrito formulados contra el SERMAS derivados de un siniestro amparado por el contrato.
- Las comunicaciones escritas del perjudicado dirigidas al SERMAS o a los asegurados por cualquier medio derivadas de un siniestro amparado por la Póliza de Seguros, incluidas las propuestas efectuadas, por el interesado o sus representantes, de terminación convencional, acuerdos extrajudiciales o de propuesta de acuerdo en los procedimientos derivados del siniestro.

La comunicación de la información relativa a los siniestros se realizará de forma ágil y periódica a través de la plataforma informática facilitada por la Compañía Aseguradora para que ésta disponga de ella a la mayor brevedad posible con el propósito de conseguir un correcto otorgamiento de reservas evitando sobre o infra dotación de los siniestros.

Cuando el SERMAS notifique a la aseguradora, durante el periodo de vigencia de la póliza, cualquier incidente o circunstancia que considere que pueda dar lugar a una reclamación bajo cobertura de la póliza, la aceptación de dicha notificación por la aseguradora significará el tratamiento de tal incidente o circunstancia como si ya se hubiera concretado en una reclamación al SERMAS y que esta se ha realizado durante el periodo de vigencia.

La Compañía Aseguradora, por su parte, informará, en el plazo máximo de 10 días, al Tomador del Seguro, de las reclamaciones que reciba directamente, bien por acción directa, bien por cualesquiera otras vías, facilitándole, al menos, la identificación del reclamante, del perjudicado, del centro o centros objeto de reproche, del motivo de reclamación y de la cuantía solicitada.

En este sentido, el SERMAS facilitará a la compañía aseguradora, en los supuestos tanto de posibles demandas por acción directa a la vía civil como las ya presentadas, previa autorización del paciente, los datos de la historia clínica y demás información relevante para preparación de la demanda.

Se elaborará un protocolo al efecto en el que se establecerá el sistema de coordinación y comunicación correspondiente.

Asimismo, le facilitará con carácter mensual información sobre el estado y situación de dichas reclamaciones con especial concreción de los apartados siguientes:

- Fecha de ocurrencia y fecha de reclamación.
- Pagos.
- Gastos satisfechos y reservas, individualizadas por cada expediente.

c) COMISIÓN MIXTA ADMINISTRACIÓN-SEGURO

Serán tratados en la Comisión Mixta Administración-Seguro (en adelante Comisión Mixta), aquéllos siniestros que por su especial complejidad técnica o clínica se determinen, cuyo procedimiento de actuación se definirá entre el SERMAS y la Aseguradora adjudicataria en el Protocolo Interno de Gestión, salvo en determinados supuestos que, dentro de la gestión de siniestros, puedan ser tratados y valorados desde el inicio del procedimiento y que se determinarán en el citado Protocolo.

OBJETO:

Sin perjuicio de que la resolución del procedimiento corresponda en cualquier y todo caso a quien tiene atribuida esta competencia conforme a las normas de procedimiento administrativo aplicables, la Comisión Mixta tiene por objeto la actuación, dentro de la fase de instrucción, del análisis y seguimiento de las reclamaciones que por su especial complejidad se determine en virtud del contrato de seguro suscrito entre el SERMAS y la Compañía Aseguradora, así

como la adopción de las propuesta pertinentes en cada caso, tras su estudio administrativo, jurídico, técnico-asegurador y médico-legal.

COMPOSICIÓN:

La Comisión Mixta estará formada por los siguientes miembros:

- Por parte del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD hasta 5 representantes:
 - El titular de la Secretaría General del SERMAS, que actuará como Presidente (o persona en quien delegue).
 - El titular del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario, que actuará como Secretario (o persona en quien delegue).
 - Un Técnico, licenciado en Medicina.
 - Un Inspector Médico de la Consejería de Sanidad.
 - Un Letrado de la Abogacía General de la Comunidad de Madrid.
- Por parte de la COMPAÑÍA ASEGURADORA hasta 5 representantes.

En el caso del servicio de mediación, asistirá un representante de la entidad mediadora, siendo licenciado en Medicina.

Todos los miembros designados tendrán voz y voto, a excepción del representante de la entidad mediadora, que tendrá voz, pero no voto.

RÉGIMEN DE FUNCIONAMIENTO:

La Comisión Mixta se reunirá con carácter ordinario, mensualmente. Con carácter extraordinario, a instancias de cualquiera de las partes y tantas veces como las circunstancias lo requieran, en el lugar, fecha y hora que se determine en la convocatoria.

Una vez convocada la Comisión Mixta, la Compañía Aseguradora aportará informe pericial de praxis e informe de valoración del daño corporal, en su caso, de cada uno de los expedientes incluidos en la convocatoria, con una antelación mínima de 7 días naturales a la celebración de la citada Comisión para su debido análisis, debate y valoración médico-jurídica del caso por el SERMAS. En el caso de no aportar dichos informes con la antelación establecida, se entenderá que la postura de la Compañía Aseguradora es coincidente con la del SERMAS, retirándose el expediente en cuestión de la correspondiente Comisión y continuándose con la tramitación administrativa del mismo hasta su resolución.

En función de los asuntos a tratar, se podrá incorporar a la comisión sin derecho a voto, a cuantos profesionales, técnicos, asesores técnicos o peritos especialistas se considere oportuno para una más adecuada toma de decisiones.

La Comisión Mixta quedará válidamente constituida, a efectos de celebrar sesiones, deliberar y tomar acuerdos, cuando concurren a la reunión, al menos, el Presidente, el Secretario, un representante de la Compañía Aseguradora.

Las propuestas adoptadas por la Comisión Mixta precisarán el voto favorable de la mayoría simple de sus componentes, incluido el de su Presidente, que dirimirá en caso de empate, valorando las posturas y el criterio independiente del representante de la entidad mediadora, que podrá pronunciar su criterio final y aportar su informe de valoración pericial del daño.

De cada sesión que se celebre se levantará acta por el Secretario, que especificará los asistentes, el orden del día de la reunión, las circunstancias del lugar y tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de las deliberaciones y el contenido de los acuerdos adoptados.

En cada acta figurará, a solicitud de los respectivos miembros de la Comisión, el voto contrario al acuerdo, su abstención y los motivos que la justifiquen o el sentido de su voto favorable.

Los miembros de la Comisión Mixta tienen derecho a:

- a) Recibir, con una antelación mínima de 5 días, la convocatoria conteniendo el lugar, fecha y hora de celebración de la reunión y el orden del día, así como la documentación e información relativa a los temas a tratar.
- b) Participar en los debates de las sesiones.
- c) Ejercer su derecho al voto, a excepción de los que no lo tuvieran, así como expresar el sentido del mismo y los motivos que lo justifican.
- d) Formular ruegos y preguntas.
- e) Obtener la información precisa para cumplir las funciones asignadas.

d) PERITACIONES.

La Compañía Aseguradora, a instancia del SERMAS, deberá peritar los daños materiales y/o corporales y/o morales, así como perjuicios que sean objeto de reclamación o de procedimiento judicial incluidas las demandas interpuestas por acción directa, tras lo cual procederán a la emisión de los correspondientes informes y/o dictámenes de valoración de daños y/o secuelas y su cuantificación pudiendo éstos tener que ser ratificados en sede judicial y ello con independencia del importe reclamado para el caso concreto.

Igualmente, la Entidad Mediadora a solicitud del SERMAS deberá peritar los daños corporales reclamados por un tercero.

La elaboración de estos informes y/o dictámenes podrá ser requerida en cualquier momento por el SERMAS, deberán emitirse en el plazo máximo de un mes desde que se recibiera la solicitud y deberán incluir en todo caso y al menos los siguientes aspectos: informe de los hechos; informe resumen de la Historia Clínica del paciente; baremación de los daños indemnizables; justificación pericial y en su caso bibliográfica de la valoración de cada uno de los puntos valorados, así como cualquier otro aspecto que pudiera resultar relevante.

e) SERVICIO DE MEDIACIÓN.

La Compañía Aseguradora deberá aportar en su oferta la intervención de mediador de seguros privados, con personal cualificado y con experiencia en el ramo objeto de este contrato en el sector de las Administraciones Públicas Sanitarias. Los servicios de mediación de la póliza de seguro comprenderán la asistencia al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario del seguro, de acuerdo con lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, asistencia, que incluirá, el análisis y estudio de riesgos, control y seguimiento de la siniestralidad, valoración de la cobertura derivada del contrato. La entidad aseguradora, deberá aportar al Órgano de Contratación los datos de identificación (denominación social) de la entidad mediadora entre el Servicio Madrileño de Salud y la propia entidad aseguradora para la asistencia en la gestión y ejecución de la póliza objeto del contrato y el documento acreditativo (original o fotocopia debidamente compulsada), de que dicha entidad mediadora se encuentra inscrita en el Registro Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos del Ministerio de Economía y Competitividad.

En cualquier caso, la entidad mediadora deberá realizar labores de análisis de riesgos, propuestas de aseguramiento y asistencia en su contratación, intermediación y tratamiento de la siniestralidad, entre otros.

f) SERVICIO TÉCNICO DE LA ASEGURADORA.

La Compañía aseguradora deberá disponer de un programa informático de seguimiento de la información precisa sobre datos esenciales de los siniestros y su funcionalidad respecto del que el SERMAS podrá realizar consultas telemáticas a través de sus propias referencias de expediente.

Asimismo, deberá permitir el intercambio de información y documentación con todas las garantías de seguridad acordes al tratamiento de los datos clasificados como de especial protección.

Dicho programa contará con un gestor de avisos mediante correo electrónico a los destinatarios relacionado con la inclusión de documentación en los distintos siniestros.

El programa informático deberá permitir la emisión de informes sobre el estado de procedimientos judiciales en curso ya sea en vía civil, penal o contencioso-administrativa. Los citados informes deberán responder a las necesidades que se planteen y relacionar los procedimientos judiciales con el expediente en vía administrativa, si existiera.

Deberá quedar garantizado el funcionamiento adecuado y cualquier problema técnico deberá de ser resuelto en el plazo máximo de 48 horas desde su detección. Igualmente, el programa deberá cumplir con lo establecido en la cláusula de Confidencialidad prevista en la presente póliza.

g) REUNIONES DE SEGUIMIENTO.

Mensualmente, representantes de la compañía aseguradora y del SERMAS, pudiendo contar a su vez con la participación de la entidad mediadora a voluntad del SERMAS, se reunirán para realizar seguimiento de:

- Los pagos y liquidaciones
- Negociaciones y resolución extrajudicial de conflictos
- Siniestralidad, y en concreto el sistema de reservas económicas que la Aseguradora tenga que constituir técnicamente para hacer frente, en su caso, a las responsabilidades económicas futuras, motivando el sistema seguido para la constitución de las mismas, tanto de forma general como individualizada por siniestro.

Como criterio de valoración de las reservas la Aseguradora utilizará el Baremo de Daños Corporales para accidentes de circulación.

- Ejecución del contrato
- Implementación de medidas de mejora
- Seguimiento de los procedimientos judiciales abiertos en vía civil, penal y contencioso administrativa.

OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

1. Prestar la asistencia jurídica al personal asegurado que le solicite su intervención, poniéndose en contacto con el mismo en las 24 horas siguientes a haberse cursado dicha petición.
2. Proceder a contactar con la parte reclamante para la consecución de un acuerdo de los expedientes a estimar, en el plazo máximo de 15 días desde que se adopte el acuerdo por la Comisión Mixta o se comunique tal decisión. Todo ello dentro de lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y demás normativa aplicable. Para lo cual la compañía aseguradora deberá disponer de personal suficiente para la realización de estas tareas de forma ágil y rápida. Por su parte, aquellas reclamaciones de cuantía igual o inferior a 15.000.- euros, en los casos en que se determine por el SERMAS que procede la estimación, la compañía aseguradora procederá directamente al abono de las cantidades indicadas por el SERMAS en el plazo máximo de 15 días desde dicha comunicación.
3. La cuantía indemnizatoria será determinada en informe de valoración de daño corporal o informe equivalente a proporcionar por la compañía aseguradora, que será validado por el SERMAS. El citado informe deberá tener formato oficial e incluir la firma de su emisor.
4. La negociación de las indemnizaciones por la Compañía de Seguros tendrá como base los Informes de Valoración del Daño Corporal (VDC) previamente validados por el SERMAS.

5. En el supuesto de no alcanzar un acuerdo indemnizatorio, se comunicarán tales hechos al Tomador del Seguro en el plazo máximo de 10 días, para la continuación del procedimiento administrativo, con el fin de que se adopte la resolución administrativa que corresponda.
6. Se presumirá rechazada cualquier negociación que no se haya consumado en el plazo de 2 meses desde el vencimiento del plazo máximo para contactar con el interesado/a establecido en el punto 2 del presente apartado sin haber recibido por el SERMAS justificante de la liquidación practicada o, en su caso, comunicación de la no aceptación por la parte reclamante, continuándose por tanto la tramitación administrativa que corresponda, salvo que de forma extraordinaria, el Asegurador justifique expresamente la necesidad de prolongar el periodo de negociación durante más tiempo, no pudiendo exceder el tiempo máximo de 5 meses.
7. Igualmente, y con independencia de lo anterior, la Compañía Aseguradora, junto con el SERMAS, procederá, de acuerdo con la naturaleza de este contrato y dentro de la gestión de los siniestros, a fomentar la resolución de conflictos dentro del ámbito de la Administración Pública Sanitaria.
8. Efectuar la liquidación de las indemnizaciones a los perjudicados que hayan sido acordadas en el plazo máximo de 10 días desde la fecha de aceptación por estos o desde la fecha de notificación de la resolución judicial o administrativa oportuna.
9. Facilitar al Tomador del Seguro justificación documental de las liquidaciones de indemnizaciones efectuadas en el plazo máximo de 10 días desde que se realizaron.
10. Facilitar cada mes al Tomador del Seguro, información sobre las reservas (tanto activas como liberadas) y sobre los gastos desglosados de los siniestros bajo cobertura de la póliza.
11. Facilitar información sobre la actuación de los peritos o profesionales que intervengan en la resolución de los siniestros, garantizando el correcto proceder de los mismos.
12. Para los acuerdos indemnizatorios, se estará a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y demás normativa aplicable. Debe entenderse con sujeción a la norma señalada que, para llegar a los acuerdos indemnizatorios, transacciones o acuerdos extrajudiciales, que requiere el consentimiento de la Administración Asegurada; la Aseguradora deberá aportar, en dichos supuestos, su propuesta de solución extrajudicial, a la que se acompañará las razones justificativas de la misma.
13. En los siniestros en los que no exista reclamación de responsabilidad patrimonial, o el expediente derivado de la misma se encuentre suspendido, la Aseguradora deberá informar al SERMAS, de su voluntad de alcanzar, en su caso, una solución extrajudicial, así como de los términos de la misma.

14. La Aseguradora designará un representante o interlocutor con autonomía suficiente para adoptar, previo conocimiento y consentimiento del SERMAS toda clase de decisiones de gestión que la evolución de la prestación de los servicios contratados requiera. Las comunicaciones entre el representante o interlocutor y el SERMAS se realizarán por vía telemática.

OBLIGACIONES DEL SERMAS.

1. Efectuar el pago de las primas, en la forma establecida, en los plazos legales establecidos para ello, debiendo recibir en todo caso la documentación correspondiente para proceder a la liquidación de las mismas.
2. Comunicar al Asegurador:
 - a) Los procedimientos judiciales, administrativos o extrajudiciales dirigidos contra el SERMAS o contra cualquiera de los asegurados de los que tuviera conocimiento.
 - b) Los requerimientos formales y por escrito formulados contra el SERMAS derivados de un siniestro amparado por el contrato.
 - c) Las comunicaciones escritas del perjudicado dirigidas al SERMAS por cualquier medio derivadas de un siniestro amparado por el contrato.
 - d) Los incidentes o reclamaciones en los que se deberá aplicar el servicio para la resolución de conflictos en el ámbito de la responsabilidad sanitaria objeto de esta póliza.

Capítulo V. PRESUPUESTO MÁXIMO.

A los efectos de licitación se establece un Presupuesto Máximo anual para AMBAS SECCIONES de 17.499.998,00 € (IVA exento).

Capítulo VI. PRIMA MÁXIMA.

A los efectos de licitación se establece una Prima Máxima anual de 17.499.998,00 €. La prima total máxima por el periodo de 1 año se establece en 17.499.998,00 €.

TÍTULO II. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN I

Capítulo I. CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL/PROFESIONAL

OBJETO DEL SEGURO

- a) Esta SECCIÓN tiene por objeto el aseguramiento de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad profesional sanitaria o no sanitaria, que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al Asegurado, por daños corporales o materiales y perjuicios

económicos consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades por cuenta y para el TOMADOR siempre que la reclamación, se dirija contra el Asegurador en virtud de acción directa contemplada en la Ley de Contratos de Seguros, o bien se tramite por un procedimiento distinto del procedimiento de responsabilidad patrimonial previsto en la actual Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas o en una jurisdicción distinta de la contencioso-administrativa.

- b) Asimismo, el seguro ampara los costes y gastos judiciales y extrajudiciales que se deriven y la prestación de fianzas para garantizar las resultas de dichos procedimientos.

LIMITE POR ANUALIDAD DE SEGURO:

Para esta Sección se establece un límite por anualidad de seguro de 30.000.000€ (TREINTA millones de euros).

TÍTULO III. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN II

Capítulo I. CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

OBJETO DEL SEGURO.

- a) Esta SECCIÓN tiene por objeto el aseguramiento de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad profesional sanitaria o no sanitaria, patronal y de explotación que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al Asegurado, por daños corporales o materiales y perjuicios económicos consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades por cuenta y para el TOMADOR siempre que la reclamación, se dirija contra el Asegurador en virtud del procedimiento de responsabilidad patrimonial previsto en la actual Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas o en la jurisdicción contencioso-administrativa.
- b) Asimismo, el seguro ampara los costes y gastos judiciales y extrajudiciales que se deriven y la prestación de fianzas para garantizar las resultas de dichos procedimientos.

LIMITE POR ANUALIDAD DE SEGURO:

Para esta Sección se establece un límite por anualidad de seguro de 30.000.000€ (TREINTA millones de euros).

FRANQUICIA MÁXIMA SECCIÓN II.

Con carácter general, se establece una franquicia máxima de 15.000€ por siniestro, de forma que a toda indemnización, intereses y gastos que corresponda a la presente Sección, se le deducirá la cantidad de 15.000€, que irá a cargo del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD hasta una franquicia máxima agregada anual de 3.000.000€.

Consumida esta franquicia máxima anual asumida por el SERMAS, el Asegurador indemnizará todo siniestro sin aplicación de franquicia alguna.

Para el cálculo de agotamiento de la franquicia se tendrá en cuenta toda indemnización, intereses o gastos abonados por el SERMAS, y las reservas constituidas por la Aseguradora.

Trimestralmente se realizará un cálculo provisional y el definitivo al finalizar el periodo de seguro anual.

Cada periodo anual del contrato tendrá las cuentas provisionales de ajuste de franquicia y una revisión final al vencimiento del contrato, en los tres meses siguientes.

La existencia de franquicia, se tendrá en cuenta exclusivamente para delimitar el importe de indemnización que corresponde asumir al SERMAS o a la Compañía Aseguradora, no afectando por tanto al resto de cuestiones relacionadas con la gestión del siniestro.

No obstante lo anterior, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares fijará como uno de los criterios de adjudicación del contrato, la mejora en la aplicación de la franquicia prevista en esta cláusula, consistente en el compromiso voluntario por parte del licitador, de asumir la totalidad del importe del siniestro, sin deducción de franquicia alguna.

Igualmente, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares fijará como uno de los criterios de adjudicación del contrato, que en el caso de que exista franquicia, el licitador adquiere el compromiso voluntario de adelantar en la resolución económica del siniestro el importe de la franquicia, en caso de no aplicarse el criterio anterior.

Mensualmente se realizará los cálculos oportunos para proceder al reintegro por parte del SERMAS al adjudicatario los importes adelantados inferiores a la franquicia estipulada en el contrato.

En Madrid, a la fecha de la firma

EL VICECONSEJERO DE GESTIÓN ECONÓMICA Y
DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA DEL
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Firmado digitalmente por: IRIGOYEN BARJA PEDRO ALEJO
Fecha: 2023 02 17 17:50