

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	3
Capítulo I. DECLARACIÓN INICIAL DE GRAN RIESGO.	3
Capítulo II. DEFINICIONES	3
1. TOMADOR DEL SEGURO.	3
2. ACTIVIDAD.	3
3. ASEGURADO.	3
4. TERCEROS.	5
5. DAÑOS Y PERJUICIOS INDEMNIZABLES.	5
6. SINIESTRO.	5
7. RECLAMACIÓN.	6
8. FECHA DE RECLAMACIÓN.	6
9. FECHA DE OCURRENCIA.	7
10. PERIODO DE SEGURO.	7
11. PÓLIZA.	7
12. PRIMA.	7
13. SUMA ASEGURADA.	7
14. LÍMITES.	8
15. RESPONSABILIDAD.	8
Capítulo III CONDICIONES TÉCNICAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO.	8
1. RIESGOS CUBIERTOS.	8
2. DEFENSA Y FIANZAS.	10
3. RIESGOS EXCLUIDOS.	12
4. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN.	14
5. LIBERACIÓN DE GASTOS.	15
6. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y JURISDICCIONAL DE LA COBERTURA.	15
7. ÁMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA.	15

8.	DURACIÓN DEL CONTRATO.	15
9.	CONCURRENCIA DE SEGUROS.	16
10.	ACEPTACION ESPECIFICA DE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS.....	16
11.	CONFIDENCIALIDAD.....	16
12.	INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO.....	17
Capítulo IV. CONDICIONES DE GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES		17
1.	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES.....	17
1.1.	Comunicación de siniestros.....	17
1.2.	Comunicación de valoraciones	19
1.3.	Valoraciones coincidentes	19
1.4.	Valoraciones discrepantes.....	21
1.5.	Grandes siniestros y comunicaciones incidentes con posible riesgo.	21
1.6.	Sistemas de celebración de acuerdos con los reclamantes.	22
1.7.	Comisión técnica.....	22
1.8.	Abono de indemnizaciones reconocidas por resolución administrativa o judicial	23
1.9.	Recursos contencioso-administrativos.....	23
2.	DEMANDAS EN VÍA CIVIL DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.	23
3.	INFORMES PERICIALES.....	26
4.	SERVICIO DE MEDIACIÓN.	26
5.	SERVICIO TÉCNICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.	28
6.	REUNIONES DE SEGUIMIENTO.	28
7.	OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA	29
8.	OBLIGACIONES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	31
Capítulo V. PRESUPUESTO MÁXIMO.		31
Capítulo VI. PRIMA MÁXIMA.		32
TÍTULO II. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN I.....		32
Capítulo I. CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL/PROFESIONAL		32
1.	OBJETO DEL SEGURO	32
2.	LIMITE POR ANUALIDAD DE SEGURO:.....	32
TÍTULO III. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN II.....		33
Capítulo I. CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL.....		33
1.	OBJETO DEL SEGURO.	33
2.	LIMITE POR ANUALIDAD DE SEGURO:.....	33
3.	FRANQUICIA MÁXIMA SECCIÓN II.	33

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

1. TOMADOR DEL SEGURO.

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

2. 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.

3. ASEGURADO.

a) DIRECTAMENTE:

- 1) EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.
- 2) Todos los empleados del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, que a fecha de efecto de la póliza hayan sido, sean, o durante el período contractual lleguen a ser personal directivo o empleado público, ya sea sanitario o no sanitario, incluyéndose a título enunciativo, pero no limitativo, al personal funcionario, estatutario, laboral, interino, eventual, personal laboral en formación o en prácticas, los acogidos a algún decreto de fomento al empleo, y, en general, otros dependientes, cualquiera que fuera su situación administrativa, que presten sus servicios para el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, sus Organismos Autónomos

y Entidades dependientes o adscritas, conforme al Decreto de estructura del SERMAS vigente en cada momento.

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 o el SERMAS, 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 y del SERMAS, 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 pertenecientes al sector público autonómico de la Comunidad de Madrid, cuyo objeto principal esté relacionado con el ámbito sanitario, 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 previa comunicación al 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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 judicial o administrativo, ni por la solicitud efectuada por un interesado o por un órgano judicial, administrativo o parlamentario, de que se remita una documentación clínica.

8. FECHA DE RECLAMACIÓN.

Se considera fecha de la reclamación de un siniestro la correspondiente a la fecha de registro de entrada por el tomador del seguro, asegurado/s, o a la fecha de recepción 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 oficio de un procedimiento generado por tal siniestro.

La compañía aseguradora se obliga a comunicar al SERMAS, en el plazo de 10 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 establecen en el subapartado 1.1. Comunicación de siniestros del apartado 1. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES del Capítulo IV. CONDICIONES DE GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES, de este pliego.

9. 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.

10. PERIODO DE SEGURO.

Periodo comprendido entre el efecto y el vencimiento del seguro.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. LÍMITES.

Entendiendo por período de seguro, el comprendido desde las 00:00 horas del día 3 de julio de 2026 hasta las 24:00 horas del día 2 de julio de 2028, se establecen los siguientes límites:

- a) Límite por anualidad de seguro: la cantidad máxima a cargo de la compañía 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 compañía aseguradora por la suma de todas las indemnizaciones correspondientes a un siniestro.
- c) Sublímite por víctima: la cantidad máxima a cargo de la compañía 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.

15. 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

1. 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.
 - g) Quedan amparados igualmente los daños y perjuicios que sean consecuencia de la praxis asistencial de cualquier ensayo clínico.
- 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, entendiendo 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 elejercicio 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 3.000.- 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, quedan 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 3.000.- 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 Compañía aseguradora frente a riesgos indemnizados que sean responsabilidad de un tercero vinculado al SERMAS por contrato.

2. 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 profesional 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 Compañía 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 estacobertura deba constituir la Compañía aseguradora, no pueden exceder del límite fijado en el contrato por cada siniestro.
- l) Si el Asegurado fuera condenado en un procedimiento criminal, la Compañía aseguradora resolverá, de común acuerdo con el mismo, sobre la conveniencia de recurrir ante el Tribunal Superior competente. Si no existiese acuerdo y la compañía aseguradora estimara improcedente el recurso, lo comunicará al interesado, quedando éste en libertad de interponerlo, pero por su exclusiva cuenta. La Compañía aseguradora quedará obligada a reembolsarle los gastos judiciales y los de abogado y procurador, en el supuesto de que dicho recurso prosperase.

3. 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. Esta exclusión no será de aplicación en cuanto a la responsabilidad civil/patrimonial que pudiera corresponder al SERMAS derivada de las actividades formativas que realizan los especialistas en formación (residentes) en las rotaciones externas autorizadas.
- 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 2026, 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 a la compañía aseguradora.

4. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN.

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

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL/PATRIMONIAL:

4.500.000 € (CUATRO millones QUINIENTOS 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:

4.500.000 € (CUATRO millones QUINIENTOS MIL euros) por siniestro.

(No obstante lo anterior, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares fijará como uno de los criterios de adjudicación del contrato, la mejora para el incremento de los límites de indemnización por responsabilidad civil profesional/patrimonial, por siniestro y para todas las coberturas del contrato sublímite por víctima o lesionado, debiendo modificarse estos límites, en caso de que el adjudicatario haya presentado oferta en dicho sentido.)

5. LIBERACIÓN DE GASTOS.

El límite y sublímite de indemnización máximo cubiertos por el seguro se entenderán liberados 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.

6. 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.

7. 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 2026 hasta las 24:00 horas del 2 de julio de 2028.

El plazo máximo de notificación a la compañía aseguradora 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.

8. DURACIÓN DEL CONTRATO.

El contrato derivado de este concurso tendrá un periodo de vigencia de 24 meses, no pudiendo ser objeto de prórroga.

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.

9. CONCURRENCIA DE SEGUROS.

En aquellos casos en que 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.

10. 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, (salvo mejora ofertada por el adjudicatario), así como exclusiones y otras estipulaciones.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, 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.

11. CONFIDENCIALIDAD.

Al objeto de la gestión de los siniestros, la tramitación del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial o la colaboración con la Administración de Justicia en relación con los procedimientos judiciales derivados de los citados siniestros en la vía jurisdiccional civil, penal o contencioso administrativa, el SERMAS recabará la documentación, informes e historia clínica del paciente al amparo de lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y el artículo 16.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La compañía 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 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 compañía 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 compañía 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 compañía 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 sufrala Administración como consecuencia de dicho incumplimiento.

12. 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

1. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Las reclamaciones por responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario presentadas ante el SERMAS deben ser tramitadas mediante el procedimiento administrativo previsto 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. No obstante, el SERMAS mediante la adjudicación del presente contrato ha optado por contratar la sustitución en el pago de las indemnizaciones, por tanto, a continuación, se establecen las condiciones a través de las que se articularán las relaciones con la compañía aseguradora en caso de la presentación de las citadas reclamaciones que darán lugar al alta de un siniestro por la compañía aseguradora con cargo a la póliza.

1.1. Comunicación de siniestros

El SERMAS comunicará a la compañía aseguradora en el plazo máximo de 10 días hábiles desde que tenga conocimiento, a través de la aplicación informática creada al efecto por la compañía aseguradora:

- Todos los incidentes o reclamaciones, requerimientos formales y por escrito formulados contra el SERMAS derivados de un siniestro que pudiera estar amparado por el contrato.
- Los incidentes o reclamaciones en los que se aplicará el sistema de celebración de acuerdos o sistema de terminación convencional en el ámbito de los riesgos contratados de la responsabilidad sanitaria objeto de esta póliza.
- Los procedimientos judiciales o administrativos dirigidos contra el SERMAS o contra cualquiera de los asegurados.
- Otras comunicaciones escritas dirigidas al SERMAS por cualquier medio derivadas de un siniestro que pudiera estar 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.

La compañía aseguradora mensualmente facilitará en este sentido la relación de siniestros dados de alta y la reserva asignada o permitirá su consulta en listados detallados a través de su aplicación informática.

Cuando el SERMAS notifique a la compañía 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 compañía 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.

En el supuesto de rechazo de la notificación por falta de cobertura, la compañía aseguradora deberá comunicarlo al SERMAS en el plazo máximo de 10 días hábiles a contar desde la fecha en la que ésta haya notificado cualquier incidente o circunstancia que considere que pueda dar lugar a una reclamación bajo cobertura de la póliza adjuntando un informe con los argumentos jurídicos y/o clínicos en base a los cuales el siniestro debe ser rechazado, que será debidamente analizado a los efectos oportunos. En caso contrario, se entenderá que se ha aceptado la cobertura del siniestro.

La compañía aseguradora, por su parte, informará al SERMAS, a través de la aplicación informática y mediante un sistema de alertas, en el plazo máximo de 10 días hábiles, 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.

1.2. Comunicación de valoraciones

Una vez iniciada la tramitación de la reclamación de acuerdo con el procedimiento de responsabilidad patrimonial, emitidos los correspondientes informes y analizada la misma, el Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario comunicará a título informativo a través de la aplicación informática citada anteriormente, en el plazo de 5 días hábiles desde que ésta haya sido determinada a la compañía aseguradora el resultado de la valoración realizada pudiendo ser ésta, estimatoria, desestimatoria o dudosa.

Junto con la citada comunicación, el SERMAS aportará el expediente completo hasta la fecha a la compañía aseguradora a través de la citada aplicación informática, comunicándole en el caso de existir archivos de imagen y/o sonido, que se dispone de ellos, poniendo los mismos a su disposición si lo consideran necesario para la emisión de postura sobre el expediente. En caso de estar interesada en la obtención de esos archivos, la compañía aseguradora comunicará tal circunstancia al SERMAS mediante correo electrónico y deberán encargarse de recoger las grabaciones en soporte digital de forma presencial en las dependencias del SERMAS cuando les sea indicado, formalizándose el correspondiente recibí.

Asimismo, la compañía aseguradora comunicará también el resultado de su valoración al SERMAS en el plazo máximo de 10 días hábiles desde la recepción de la valoración del SERMAS, salvo que de acuerdo con lo establecido en los apartados 1.3 y 1.4 siguientes, deba acompañar a la misma, informe pericial justificativo, en cuyo caso, el plazo máximo para comunicar el resultado de su valoración, será de 15 días hábiles. En el supuesto en que, en dicho plazo, la compañía aseguradora no comunicara su valoración, se entenderá que existe conformidad con la realizada por el SERMAS.

1.3. Valoraciones coincidentes

En los supuestos en los que la **valoración coincidente sea estimatoria**, el SERMAS remitirá un escrito a el/la reclamante informándole que la compañía aseguradora se pondrá en contacto con él/ella, al objeto de intentar alcanzar un acuerdo que permita el archivo del procedimiento administrativo.

Para los supuestos de estimación de la reclamación exclusivamente por defecto en el Documento de Consentimiento Informado o ausencia del mismo y no existiendo mala praxis, siempre y cuando la indemnización debido a su importe sea imputable a la franquicia en su totalidad, en caso de existir la misma, el SERMAS dará traslado al centro sanitario correspondiente para que procedan al abono de la indemnización.

Asimismo, cuando así se solicite por el SERMAS, la compañía aseguradora facilitará un informe de valoración de daño corporal (en adelante VDC) en virtud de la legislación aplicable a la valoración de daños vigente en cada momento.

Las VDC emitidas por la compañía aseguradora se elaborarán por un perito experto en valoración del daño corporal de reconocido prestigio, que cuente con la titulación Máster en Valoración del Daño Corporal y Pericia Médica o formación equivalente.

Una vez recibidas las valoraciones, el SERMAS podrá sugerir cuestiones en relación a dicho informe si bien el contenido del informe de VDC definitivo quedará a criterio médico legal del perito valorador de la compañía aseguradora.

En caso de contener alguna errata, estos informes de VDC deberán ser objeto de corrección por el perito valorador que haya emitido el mismo, una vez comprobada la existencia de la misma por cualquiera de las partes.

En su caso, el SERMAS, comunicará a la compañía aseguradora a través de la aplicación informática citada la conformidad o disconformidad debido a alguna incidencia detectada en el plazo máximo de 10 días hábiles, entendiéndose como aceptada en el caso de que no se pronuncie en dicho plazo. Transcurrido dicho plazo o manifestada conformidad expresa con anterioridad, la compañía aseguradora se pondrá en contacto con el/la reclamante en el plazo máximo de 15 días hábiles posteriores y efectuará la liquidación de la indemnización determinada o acordada, en el plazo máximo de 10 días hábiles desde la fecha de aceptación por el/la reclamante.

En estos supuestos la compañía aseguradora deberá facilitar al SERMAS justificación documental legible de la liquidación de las indemnizaciones efectuadas en el plazo máximo de 10 días hábiles desde que se realizaron, así como escrito por el que el reclamante solicite el desistimiento de la solicitud presentada que dio inicio al procedimiento administrativo con motivo del acuerdo alcanzado o comunicación de la no aceptación por el interesado/a en caso contrario. La citada documentación deberá incluir la fecha de su emisión y la firma del/la reclamante manuscrita o electrónica oficial.

Si desde el vencimiento del plazo máximo para contactar con el interesado/a por parte de la compañía aseguradora, transcurren 2 meses sin haber recibido de la compañía aseguradora en el Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario justificante de la liquidación practicada o, en su caso, comunicación de la no aceptación por aquel, se procederá por el SERMAS a continuar con la tramitación del procedimiento hasta su finalización, salvo que de forma extraordinaria por parte de la compañía aseguradora se justifique la necesidad de prolongar las conversaciones durante más tiempo, no pudiendo exceder el tiempo máximo de 5 meses.

Si, existiendo valoraciones coincidentes en sentido estimatorio, no se aceptan las cantidades por el/la reclamante, se continuará con el procedimiento administrativo hasta su finalización, y una vez dictada la correspondiente orden resolutoria será comunicada por parte del SERMAS a la compañía aseguradora a efectos de que por la misma se proceda al pago.

En los supuestos en los que la **valoración coincidente sea desestimatoria**, se concederá trámite de audiencia y se elaborará la correspondiente propuesta de resolución continuándose la tramitación del procedimiento conforme a su normativa aplicable.

Cuando la **valoración inicial coincidente sea dudosa**, la compañía aseguradora tendrá que remitir en el plazo máximo de 10 días hábiles una valoración definitiva acompañada de un informe pericial que justifique la misma, al objeto de que sea analizado por el SERMAS, que comunicará su valoración definitiva, actuándose como corresponda en función de si se mantienen posturas coincidentes o no.

En aquellos casos en los que por la parte reclamante se interpusiera recurso contencioso administrativo se llevarán a cabo las actuaciones oportunas de cara a intentar resolver expresamente la reclamación en el menor tiempo posible, respetando en todo caso lo establecido en el artículo 71 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Asimismo, en estos casos, la orden que resuelva el procedimiento será remitida al Tribunal a los efectos oportunos, previa comunicación de dicha resolución a la compañía aseguradora. En estos casos deberá consensuarse entre SERMAS y su representante legal (Abogacía General de la Comunidad de Madrid) y letrados contratados por la compañía aseguradora, una única línea de defensa que sea congruente con la instrucción realizada o que se esté realizando en el seno del procedimiento administrativo.

1.4. Valoraciones discrepantes.

Cuando el resultado de la valoración realizada por la compañía aseguradora no coincida con la comunicada por el SERMAS y, por tanto, sea discrepante, la primera tendrá que remitir junto con su comunicación, en el mismo plazo conferido al efecto en el apartado 1.2, un informe pericial que justifique su valoración al objeto de que sea analizado por el SERMAS y proceda a la revisión de la valoración realizada inicialmente.

Realizada la segunda valoración por el SERMAS, éste comunicará a la compañía de seguros el resultado de la misma procediendo a continuación a la reanudación de la instrucción del expediente de acuerdo con la normativa aplicable, salvo que la compañía aseguradora proponga intentar alcanzar un acuerdo que permita el archivo del procedimiento administrativo, en el caso de que la valoración del SERMAS sea estimatoria.

1.5. Grandes siniestros y comunicaciones incidentes con posible riesgo.

Aquellas reclamaciones que por razón de la cuantía y/o la materia, sean calificadas como “Gran Siniestro”, por tratarse de reclamaciones de importe igual o superior a 500.000.-euros, o de cuantía indeterminada que se prevea una valoración del riesgo igual o superior a dicha cantidad, así como aquellos incidentes que, sin haberse presentado formalmente reclamación hayan sido comunicados por los centros sanitarios y desde el SERMAS se considere que deben ser urgentemente valorados por existir un posible riesgo, gozarán de un seguimiento más estrecho por considerarse de gran impacto tanto para la póliza suscrita, con el fin de poder obtener la documentación clínica necesaria con la mayor agilidad posible y recabar los informes de especialista que procedan, al objeto de valorar el riesgo real y en caso de existir, con el fin de ir ajustando la reserva del siniestro a lo largo de la tramitación del expediente.

En el caso de que, a juicio del SERMAS y de la compañía aseguradora, se acredite la existencia de responsabilidad, previa conformidad del SERMAS, la compañía aseguradora iniciará los contactos que sean necesarios con la parte reclamante para intentar llegar a un acuerdo en un plazo lo más breve posible.

1.6. Sistemas de celebración de acuerdos con los reclamantes.

Tanto la compañía aseguradora, como el SERMAS fomentarán la celebración de acuerdos 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 sistema que tenga por objetivo el alcanzar un acuerdo y en el que podrá participar de forma voluntaria.

Con ese objetivo, la Administración ofrecerá un sistema complementario de entrevistas, voluntario y gratuito para los reclamantes, que permita dar una explicación ágil y verbal al ciudadano sobre los hechos reclamados en reclamaciones cuya cuantía inicialmente reclamada sea igual o inferior a 30.000€.

Podrá superarse el citado importe previo acuerdo con la compañía aseguradora.

Este sistema será tramitado por personal adscrito al SERMAS de perfil jurídico y médico.

Excepcionalmente, si así se considera, el SERMAS podrá solicitar la colaboración y asesoramiento de la compañía de seguros para estas gestiones, siendo que, en ese caso, las citadas labores 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 en el marco del citado sistema de celebración de acuerdos.

Para cuantías superiores a 30.000€ la celebración de acuerdos será gestionada por la compañía aseguradora siempre y cuando el SERMAS lo considere conveniente y exista conformidad por la compañía aseguradora, previa suspensión del procedimiento administrativo en curso.

1.7. Comisión técnica

En el supuesto en el que el SERMAS o la compañía aseguradora lo consideren necesario, se podrá convocar una comisión técnica cuyo objetivo será exclusivamente el de analizar de forma más pormenorizada aquellos siniestros que por su especial complejidad técnica o clínica necesiten de un estudio más detallado.

A la citada comisión podrán asistir hasta un máximo de cinco participantes de perfil jurídico y/o médico representando al SERMAS y otros cinco representando a la compañía aseguradora, incluido el representante de la entidad mediadora.

Al objeto de poder convocar la comisión técnica y para su debida valoración médico-jurídica, la compañía aseguradora si no lo hubiera hecho ya, aportará previamente informe pericial de praxis de cada uno de los expedientes a analizar, si así se solicita por el SERMAS. Los informes serán aportados en el plazo de 10 días desde su petición, no pudiéndose notificar la convocatoria hasta que éstos hayan sido remitidos al SERMAS.

1.8. Abono de indemnizaciones reconocidas por resolución administrativa o judicial

En el plazo máximo de 10 días hábiles desde que se comuniquen la resolución administrativa estimatoria o estimatoria parcial, la compañía aseguradora deberá efectuar la liquidación de la indemnización correspondiente, enviando justificación documental de tal liquidación al SERMAS en el plazo máximo de 10 días hábiles desde que se realizó.

Asimismo, en caso de que el expediente finalice mediante resolución judicial estimatoria o estimatoria parcial, la compañía aseguradora deberá efectuar la liquidación de la indemnización en el plazo máximo de 20 días hábiles desde que tenga conocimiento de la misma, enviando igualmente justificación de la consignación realizada en el plazo máximo de 10 días hábiles.

1.9. Recursos contencioso-administrativos

En aquellos casos en los que la parte reclamante interponga recurso contencioso administrativo contra la orden que resuelva el expediente de responsabilidad patrimonial, o contra la desestimación presunta, una vez se reciba la correspondiente cédula de emplazamiento por el TSJ/Juzgado, se procederá por parte del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario a emplazar a la compañía aseguradora en todos aquellos casos que no se encuentren excluidos de cobertura, de acuerdo con la legislación vigente.

Dicho emplazamiento se notificará a través de la aplicación NOTE de la Comunidad de Madrid.

Una vez emplazada, la compañía aseguradora realizará las actuaciones oportunas para su personación y defensa.

En aquellos casos de expedientes sometidos a franquicia, en los que la cantidad reclamada sea de importe inferior a la misma, la compañía aseguradora será igualmente emplazada por imperativo legal, debiendo esta personarse en el procedimiento judicial de acuerdo con lo establecido en la póliza de seguro vigente, en la que no se establece limitación alguna respecto de la defensa judicial del Organismo.

2. DEMANDAS EN VÍA CIVIL DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

Al amparo de las Leyes 39 y 40/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y de Régimen Jurídico de Sector Público respectivamente, y de acuerdo con las coberturas previstas en el presente contrato de seguro, el/la reclamante-ciudadano/a, ante un siniestro, puede presentar una reclamación por responsabilidad patrimonial contra el SERMAS y asimismo, de acuerdo con el artículo 76 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro *“El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho de asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. (...)”*.

Aunque las demandas en vía civil se dirigen exclusivamente contra la compañía aseguradora, con la finalidad de garantizar una mejor defensa de los intereses del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad y permitir un mejor control de las acciones planteadas ante los jueces y tribunales del ámbito civil, la Abogacía General de la Comunidad de Madrid se podrá personar en estos procedimientos como “intervinientes voluntarios”, de conformidad con la previsión establecida en el artículo 13 de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil.

Interpuesta demanda en vía civil por el reclamante contra la compañía aseguradora, ésta última lo comunicará al SERMAS a través del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario, facilitando los datos relativos al siniestro (número de referencia; abogado asignado al caso; otros que se consideren relevantes), comunicando, en su caso, si existe procedimiento de responsabilidad patrimonial o cualquier otra reclamación previa relacionada con dicha acción directa.

La comunicación se realizará por correo electrónico a la dirección de correo facilitada por el SERMAS en un plazo máximo de 3 días hábiles a contar desde el siguiente al que le sea notificada la demanda a la compañía aseguradora.

Se valorará por el SERMAS la solicitud de intervención voluntaria de los letrados de la Comunidad de Madrid en los procedimientos civiles contra la compañía aseguradora, para lo que es necesario que se trate de una reclamación a desestimar y respecto de la que durante la instrucción del procedimiento ya se hayan obtenido informes preceptivos y/o el informe de la Inspección Médica, siguiendo los requisitos exigidos por la Abogacía General de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, el SERMAS facilitará a la compañía aseguradora en un plazo máximo de 3 días hábiles, 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.

En el caso de acciones extrajudiciales, Diligencias Preliminares, demandas de Conciliación y Procedimientos penales, en aquellos casos que, por la gravedad de los hechos, por razón de la cuantía u otros, se considere oportuno por el SERMAS, previa valoración técnica del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario, las historias clínicas se enviarán directamente por el centro requerido tras la oportuna comunicación por el Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario para su conocimiento y control.

Para dotar de mayor seguridad jurídica al proceso, la compañía aseguradora recabará del paciente/reclamante la pertinente autorización para la obtención de la citada historia clínica y el manejo de datos por la compañía aseguradora, que facilitará, en todo caso, al Servicio Madrileño de Salud, con carácter previo o simultáneo a la solicitud de acceso.

Excepcionalmente, en aquellos casos en los que no se obtenga la citada autorización, se solicitará la historia clínica sin la misma, en base a lo establecido en los artículos 16 y 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro y el artículo 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y

reaseguradoras, en relación con el artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

De cara al buen desarrollo de la tramitación, para aquellos casos en que con motivo de la materia de que se trate, la comunicación se realice a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid (NOTE), la compañía aseguradora debe proceder a su apertura en el plazo máximo de 72 horas a contar desde la puesta a disposición.

Por su parte, la compañía aseguradora comunicará al SERMAS en el plazo máximo de 10 días hábiles desde que tenga conocimiento las reclamaciones que reciba directamente, bien por acción directa judicial o extrajudicial o por cualquier otra vía. Entendiéndose que la falta de comunicación al SERMAS de dichas reclamaciones, implicará que las mismas no podrán tenerse en cuenta en relación a la siniestralidad de este organismo.

Todas las negociaciones que realice la compañía aseguradora y el resultado de las mismas, deberán ser comunicadas por ésta al SERMAS a través del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario en el plazo máximo de 3 días desde el fin de dicha negociación, incluyendo las cuantías indemnizatorias que se hayan pactado, aportando a su vez, la documentación que al respecto le pueda solicitar el SERMAS a aquella.

En las acciones civiles directas dirigidas contra la compañía aseguradora, se deberán enviar al SERMAS la demanda, contestación, sentencias, pagos y toda la información sobre la evolución del proceso, en el momento en que ésta se encuentre a disposición de la compañía aseguradora.

En el caso de que, en el curso de un procedimiento por demandas en vía civil procediera alcanzar un acuerdo con la parte demandante, la compañía aseguradora lo pondrá en conocimiento del SERMAS con anterioridad a comenzar acción alguna en tal sentido, acompañando toda aquella documentación e información en la que se base la postura de la compañía aseguradora, a efectos de tener conocimiento y valoración de la misma para un mejor control por parte del SERMAS, toda vez que lo que se está enjuiciando es una actuación del mismo, que a su vez afecta a la siniestralidad del citado organismo.

Al objeto de realizar un adecuado control y seguimiento de las reclamaciones extrajudiciales y demandas de acción directa a la vía civil presentadas, la compañía aseguradora facilitará al SERMAS con carácter mensual un listado resumen en el que se incluya la 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.

Este listado será comentado y valorado en las reuniones de seguimiento que se celebrarán periódicamente.

La comunicación de la información citada se realizará directamente SERMAS-compañía aseguradora, correspondiendo a la compañía aseguradora la obligación de trasladar la información a la entidad mediadora.

3. INFORMES PERICIALES

Tanto la compañía aseguradora, como la entidad mediadora, a instancia del SERMAS, deberán emitir informes periciales sobre los daños que sean objeto de reclamación o de procedimiento judicial, incluidas las demandas interpuestas por acción directa, pudiendo éstos tener que ser ratificados en sede judicial y ello con independencia del importe reclamado para el caso concreto.

La elaboración de estos informes por la compañía aseguradora o la entidad mediadora podrá ser requerida en cualquier momento por el SERMAS, y deberán emitirse en el plazo máximo de 10 días desde que se recibiera la solicitud, incluyendo, en todo caso, los siguientes aspectos: informe de los hechos; informe resumen de la Historia Clínica del paciente; justificación pericial; bibliográfica de la valoración, así como cualquier otro aspecto que pudiera resultar relevante.

4. 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.

También deberá aportar 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 y en concreto:

- Análisis y control de calidad de los procesos actuales, detección de puntos de inflexión con propuestas de recomendaciones y posibles mejoras.
- Análisis de Riesgos:
 - Identificación y análisis de los riesgos de responsabilidad pudieran afectar al SERMAS.
 - Asesoramiento continuado por técnicos especializados en el seguimiento y análisis de los riesgos de responsabilidad, al objeto de conseguir mejoras en las condiciones

técnicas y económicas contratadas.

- Asesoramiento en la determinación e implantación de políticas de gerencia de riesgos sanitarios.

- Propuestas de aseguramiento y asistencia en su contratación:

- Identificación de las necesidades de seguros, analizando cada tipo de riesgo por asegurar en cada momento.
- Investigación y análisis permanente de las diferentes alternativas del mercado asegurador de acuerdo a las necesidades del SERMAS en cada momento, incluyendo posible colaboración en el asesoramiento de los pliegos de prescripciones técnicas particulares.
- Análisis de las reservas efectuadas por la compañía aseguradora en relación con la evolución de la tramitación de los siniestros y el cierre de los expedientes correspondientes, emitiendo trimestralmente un informe para ello e identificando y proponiendo las correcciones que procedan en este sentido.

• Obligaciones en relación con los seguros concertados con la intermediación del Mediador:

- Asesoramiento a los responsables del SERMAS para la correcta ejecución del contrato de seguro suscrito con la compañía aseguradora, aclarando cualquier cuestión relacionada con el objeto del contrato de seguro suscrito.
- Emisión de Informes de cobertura ante cualquier solicitud de aclaración por el SERMAS o ante eventuales exclusiones por la compañía aseguradora.
- Emisión de Informes de Valoración de Daños Personales o de Praxis, cuando sea requerido por el SERMAS, con independencia de la cuantía económica de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada ante el SERMAS.

• Gestión de siniestros y tratamiento de la siniestralidad:

- Tratamiento, control y seguimiento de la siniestralidad del SERMAS.
- Realización de un informe trimestral de los resultados de la póliza con los datos suministrados por el SERMAS y la compañía aseguradora, que incluya estudios o estadísticas de siniestralidad.

Del mismo modo la entidad mediadora deberá, cuando se solicite, colaborar con el SERMAS en la ordenación y preparación de la documentación incorporada al expediente administrativo para su remisión a la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria al objeto de la emisión del correspondiente informe de inspección sanitaria y siguiendo, en todo caso, los criterios establecidos por el Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario.

Esta labor incluirá, como mínimo:

- a) Ordenación de la documentación.
- b) Resumen de los Antecedentes de Hecho.
- c) Incorporación de bibliografía y demás referencias documentales que permitan la valoración de los hechos.

- d) Otras tareas que se consideren necesarias para la preparación del expediente para su envío.

5. SERVICIO TÉCNICO DE LA COMPAÑÍA 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.

La citada aplicación debe permitir la explotación de los datos al objeto de poder extraer listados en formato Excel que puedan ser analizados por el SERMAS.

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 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.

6. REUNIONES DE SEGUIMIENTO.

La última semana de cada mes, representantes de la compañía aseguradora designados por ésta como responsables de la gestión de la póliza hasta un máximo de tres y la persona titular de la Jefatura de Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario del SERMAS, además de las personas por ésta designadas hasta un máximo de dos, se reunirán para realizar seguimiento de:

- Asuntos relacionados con la tramitación de los expedientes.
- Los pagos y liquidaciones
- Gestión de acuerdos con los/las reclamantes
- Siniestralidad, y en concreto el sistema de reservas económicas que la compañía 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 siendo el criterio de valoración de las reservas a utilizar por la compañía aseguradora 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.
- Otras cuestiones que se considere necesario tratar.

Si se considera necesario podrá asistir también un representante de la entidad mediadora a voluntad de la compañía aseguradora y/o el SERMAS.

7. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

- a. 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.
- b. Proceder a contactar con la parte reclamante en el plazo máximo de 15 días hábiles desde que se comunique la decisión por el SERMAS de aplicar el sistema de celebración de acuerdos de los expedientes con postura estimatoria, suspendiéndose el procedimiento administrativo de acuerdo con lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Para ello la compañía aseguradora deberá disponer de personal suficiente que le permita realizar estas tareas de forma ágil y rápida.

Por su parte, aquellas reclamaciones de cuantía igual o inferior a 15.000.- euros, salvo aquellas en las que se aplique el sistema de celebración de acuerdos o sistema de terminación convencional, en las 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 10 días hábiles desde dicha comunicación, siendo asimismo aplicable el sistema de reintegro de franquicias establecido en el TÍTULO III. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN II.

- c. La cuantía indemnizatoria será determinada en informe de valoración de daño corporal o informe equivalente elaborado por personal cualificado del SERMAS o por la compañía aseguradora, debiendo ser en este último caso validado por el SERMAS. El citado informe deberá tener formato oficial e incluir la firma de su emisor.
- d. El sistema de celebración de acuerdos gestionados por la Compañía de Seguros tendrá como base los Informes de Valoración del Daño Corporal (VDC) previamente validados por el SERMAS y por tanto, deberá ofrecerse al/la reclamante la cuantía indemnizatoria incluida en el citado informe, entendiéndose que se da cumplimiento a lo señalado, cuando se produzcan variaciones al alza o a la baja igual o inferior a un 15% del importe indicado, y pudiendo variar en un porcentaje aún mayor, al alza o a la baja, por razones de oportunidad para la parte reclamante. En cualquier caso, las variaciones al alza o la baja que puedan diferir de ese porcentaje del 15% precisarán la justificación y comunicación al SERMAS con anterioridad a la adopción del acuerdo.

Una vez finalizadas las conversaciones, la compañía aseguradora deberá remitir un comunicado dirigido al SERMAS en el que indique si se ha llegado a algún acuerdo, la cuantía ofrecida, la cuantía finalmente acordada y fecha de pago. En el caso de que no haya sido posible llegar a un acuerdo, debe ser igualmente comunicado indicando los motivos por los que no ha sido posible.

- e. En el supuesto de no alcanzar un acuerdo indemnizatorio, se comunicarán tales hechos al SERMAS en el plazo máximo de 10 días hábiles, para la continuación del procedimiento administrativo, con el fin de que se adopte la resolución administrativa que corresponda.
- f. Se presumirá que no se ha podido llegar a un acuerdo respecto a las conversaciones que no se hayan consumado en el plazo de 2 meses desde el vencimiento del plazo máximo para contactar con el interesado/a establecido en el punto b 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, la compañía aseguradora justifique expresamente la necesidad de prolongar el periodo de conversaciones durante más tiempo, no pudiendo exceder el tiempo máximo de 5 meses.
- g. Efectuar la liquidación de las indemnizaciones a los perjudicados que hayan sido acordadas en el plazo máximo de 10 días hábiles desde la fecha de aceptación por éstos o desde la fecha de notificación de la resolución administrativa oportuna y 20 días hábiles desde la notificación de la correspondiente resolución judicial.
- h. Facilitar al SERMAS justificación documental legible de las liquidaciones de indemnizaciones efectuadas en el plazo máximo de 10 días desde que se realizaron. Éstas deben incluir fecha y firma manuscrita o electrónica oficial.
- i. En los supuestos de interposición de recursos contencioso administrativos contra la resolución expresa o presunta de expedientes de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, deberá consensuarse entre SERMAS y su representante legal (Abogacía General de la Comunidad de Madrid) y letrados contratados por la compañía aseguradora, una única línea de defensa que sea congruente con la instrucción realizada o que se esté realizando en el seno del procedimiento administrativo.
- j. Facilitar cada mes al SERMAS, información sobre las reservas (tanto activas como liberadas) y sobre los datos y gastos desglosados de los siniestros bajo cobertura de la póliza, contemplando al menos, la siguiente información: nº de referencia; fecha de ocurrencia; fecha de reclamación; cuantía de la reclamación, estado de la reclamación (abierto/cerrado); fecha de cierre; motivo de la reclamación; centro; especialidad; reserva; pago (desglose de gastos e indemnización); vía de la indemnización (acuerdo/patrimonial/contencioso/penal/civil).
- k. Facilitar información sobre el panel de despachos y empresas colaboradoras, así como la actuación de los peritos o profesionales que intervengan en la resolución de los siniestros, garantizando el correcto proceder de los mismos.
- l. 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, se requiere el consentimiento de la Administración asegurada.

En el caso de que se proponga por la compañía aseguradora un acuerdo extrajudicial, ésta deberá aportar su propuesta que incluya las razones justificativas de la misma.

- m. En los siniestros en los que no exista reclamación de responsabilidad patrimonial, o el expediente derivado de la misma se encuentre suspendido, la compañía aseguradora deberá informar al SERMAS, de su voluntad de alcanzar, en su caso, una solución extrajudicial, así como de los términos de la misma para que éste preste su conformidad.
- n. La compañía 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.

8. OBLIGACIONES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

- a. 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.
- b. Comunicar a la compañía aseguradora:
 - Los procedimientos judiciales, administrativos o extrajudiciales dirigidos contra el SERMAS o contra cualquiera de los asegurados de los que tuviera conocimiento.
 - 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 por cualquier medio derivadas de un siniestro amparado por el contrato.
 - Los incidentes o reclamaciones objeto de esta póliza en los que se deberá aplicar el sistema de terminación convencional.

Capítulo V. PRESUPUESTO MÁXIMO.

A los efectos de licitación se establece un Presupuesto Máximo anual para AMBAS SECCIONES de 17.688.662,36€ (IVA exento).

Capítulo VI. PRIMA MÁXIMA.

A los efectos de licitación se establece una Prima Máxima anual de 17.688.662,36€. La prima total máxima por el periodo de doce meses se establece en 17.688.662,36€, prima que se aplicará como máximo, pudiendo por tanto ser esta inferior en función del precio de adjudicación.

Por tanto, la prima total será el precio del seguro, que, como no puede ser de otra forma, tendrá ya aplicada una posible baja de adjudicación, respecto al precio de licitación.

Considerado como 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.

TÍTULO II. CONDICIONES APLICABLES A LA SECCIÓN I

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

1. 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.

2. 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

1. 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.

2. LIMITE POR ANUALIDAD DE SEGURO:

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

3. 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 compañía 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.

Para la correcta gestión de la póliza y el cálculo de agotamiento de la franquicia máxima agregada anual, el SERMAS comunicará a la compañía aseguradora todas las reclamaciones que reciba, salvo aquellas que se encuentren excluidas de cobertura.

En aquellos casos en que por parte del SERMAS se determinase que procede la estimación de la reclamación, y sólo en el supuesto de que se haya adquirido el compromiso por la compañía aseguradora respecto de la gestión de la franquicia de acuerdo con los criterios de valoración de ofertas recogidos en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y en aras a agilizar la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial así como el abono de las cantidades reconocidas; beneficiar la gestión tanto de la compañía aseguradora, como de la propia Administración y dotar de mayor seguridad jurídica a los ciudadanos en sus relaciones con la misma, ésta se encargará de contactar con el reclamante y proceder a pagar la integridad de la indemnización que corresponda, adelantando el importe correspondiente a la franquicia que deba ser a cargo del SERMAS, con independencia del importe total de la indemnización (inferior, igual o superior a 15.000 euros).

En el supuesto de la adquisición del citado compromiso, mensualmente, en los primeros 10 días de cada mes, se emitirá por parte de la compañía aseguradora un listado en el que se desglosará el importe de las franquicias abonadas por ésta, indicando los expedientes a que corresponden cada una de ellas, con la finalidad de que el SERMAS proceda al reintegro de las mismas a la compañía aseguradora, hasta que se alcance el límite máximo agregado anual de 3.000.000 euros, momento a partir del cual la compañía aseguradora indemnizará la totalidad de los siniestros sin aplicación de franquicia alguna. La citada información será remitida al SERMAS a través del Registro Electrónico de la Comunidad de Madrid.

Para la tramitación del reintegro de las cantidades, es necesario que por parte de la compañía se faciliten los finiquitos, documentos de pago y, en caso de que sean necesarios para la terminación del procedimiento, los desistimientos, de todos los reclamantes cuyos expedientes se encuentren en el citado listado.

Asimismo, la compañía aseguradora realizará todas las actuaciones que correspondan a la gestión del siniestro, con independencia de que el importe del siniestro/reclamación sea inferior al importe de la franquicia.

En Madrid, a la fecha de la firma

LA VICECONSEJERA DE SANIDAD Y
DIRECTORA GENERAL DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Firmado digitalmente por: GUTIÉRREZ BARRENO LAURA
Fecha: 2026.03.13 18:56