

Este documento es una traducción al castellano del Pliego de Condiciones técnicas que regirán la contratación, por procedimiento abierto, sujeto a regularización armonizada de una póliza colectiva de seguro de asistencia sanitaria, hospitalaria y quirúrgica para el personal de la Diputación de Tarragona y de sus organismos autónomos.

## **PLIEGO DE CONDICIONES TÉCNICAS QUE REGIRAN LA CONTRATACIÓN, POR PROCEDIMIENTO ABIERTO, SUJETO A REGULARIZACIÓN ARMONIZADA, DE UNA PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA, HOSPITALARIA Y QUIRÚRGICA PARA EL PERSONAL DE LA DIPUTACIÓN DE TARRAGONA Y DE SUS ORGANISMOS AUTÓNOMOS**

### **1. OBJETO**

1.1. El objeto de este pliego es contratar un seguro privado colectivo de asistencia sanitaria, hospitalaria y quirúrgica para el personal de la Diputación de Tarragona y de sus organismos autónomos que ostente la condición de asegurado según la definición del punto 1.3 de este pliego. El seguro deberá contemplar dos modalidades: (1) la de cobertura de cuadro médico y centros propios y / o concertados de la entidad aseguradora; y (2) la de reembolso.

1.2. El tomador del seguro será la Diputación de Tarragona.

Los licitadores serán entidades aseguradoras que deberán estar inscritas en el Registro de la Dirección General de Seguros y deberán disponer de las autorizaciones necesarias de la actividad que se contrata, así como, estar facultados legalmente para prestar los servicios asistenciales incluidos en este pliego.

### **1.3. COLECTIVOS DE PERSONAL ASEGURADO**

La póliza incluirá los siguientes colectivos:

- A) Personal de Diputación
- B) Personas beneficiarias
- C) Clase Pasiva

A) Personal de la Diputación: Tendrá la condición de asegurado como personal de Diputación el siguiente personal en activo de la Diputación de Tarragona y de sus organismos autónomos que voluntariamente decida adherirse a alguna de las modalidades de la póliza contratada:

- funcionarios de carrera
- personal funcionario interino, con un nombramiento de duración prevista superior a 12 meses (el plazo para darse de alta sin carencias y preexistencias es de un mes desde la fecha de la toma de posesión)
- personal laboral fijo
- personal laboral temporal con un contrato de duración superior a 12 meses (el plazo para darse de alta sin carencias y preexistencias es de un mes desde la fecha de firma del contrato)
- personal eventual
- cargos electos

El número actual de personal de la Diputación incluido en el anterior listado es de 1.140 personas, de las cuales 530 son hombres y 610 son mujeres.

- B) Personas beneficiarias: Pueden ser incluidos como beneficiarios del personal de la Diputación los familiares o similares que se relacionan a continuación:
- El cónyuge o pareja estable del titular.
  - Los descendientes, hijos e hijas de ambos cónyuges o de cualquiera de ellos.
  - Personas con un grado de discapacidad superior al 33%, de las que el titular o su cónyuge sea tutor legal.

Los beneficiarios podrán acogerse a cualquiera de las dos modalidades ofertadas.

- C) Clase pasiva: formarán parte de este colectivo el siguiente personal:
- El personal jubilado de la Diputación de Tarragona (clase pasiva actualmente existente), siempre que este personal provenga de una póliza colectiva de la Diputación de Tarragona.
  - El personal jubilado a partir de 2015 que constaba en la póliza de ex empleado.
  - El personal que sea baja por jubilación, siempre que no se oferte la continuidad en la póliza general mientras dure la vigencia del contrato.
  - Los beneficiarios (hijos y cónyuge) del personal jubilado incluido en este colectivo.

La continuidad de este colectivo será sin ningún tipo de limitación ni período de carencia ni preexistencias, independientemente del estado de salud de la persona asegurada. La entidad aseguradora garantiza esta continuidad mientras esté en vigor el contrato de la entidad aseguradora con la Diputación de Tarragona, por lo tanto, la entidad aseguradora no podrá denunciar dichos contratos particulares si el contrato con la Diputación de Tarragona sigue en vigor.

La Diputación de Tarragona facilitará a las entidades licitadoras del concurso los datos de que dispone del personal de la Diputación de Tarragona con derecho de prestación de la asistencia sanitaria de la cláusula 1.3A (ANEXO 1) y los datos de todos los colectivos que forman parte de la póliza actual (ANEXO 2), sin identificación de las personas físicas afectadas.

1.4. El número de personas aseguradas podrá variar en función de las incorporaciones o ceses que puedan suceder a lo largo de la vigencia del contrato.

Toda referencia hecha a las "personas aseguradas" se entenderá que incluye cualquier persona adherida al seguro en virtud de este contrato, ya sea personal de la Diputación, beneficiario o clase pasiva.

Las personas interesadas en incorporarse a la póliza deberán ejercitar este derecho durante los dos primeros meses del 2019. En este caso, será suficiente con una comunicación por escrito a la compañía aseguradora.

1.5. La compañía aseguradora no podrá exigir ningún plazo de carencia ni la declaración de salud previa por parte de las personas titulares, beneficiarios y clase pasiva ni alegar la preexistencia de ningún tipo de enfermedad en ningún tipo de las prestaciones objeto de este contrato.

1.6. La compañía aseguradora no podrá exigir ningún tipo de copago ni franquicia.

1.7. La entidad aseguradora facilitará al menos anualmente informes de siniestralidad que no contengan datos personales de las personas aseguradas y cumplan con la Ley orgánica de protección de datos vigente en cada momento.

1.8. Se contratará con una única entidad aseguradora para todas las prestaciones de este contrato.

1.9. La oferta presentada por las entidades aseguradoras deberá garantizar obligatoriamente la cobertura y continuidad de tratamiento de los procesos en curso antes de iniciarse este contrato.

## 2. CONTINGENCIAS A CUBRIR

Los licitadores deberán ofertar dos modalidades de pólizas, de adhesión voluntaria, dirigidas a los colectivos de personal de Diputación y beneficiarios. En el caso de la clase pasiva deberá ofertar la modalidad de cuadro médico.

### 2.1. Modalidad de cobertura de cuadro médico y centros propios y / o concertados de la entidad aseguradora, que incluirá las siguientes contingencias:

La asistencia sanitaria cubierta se proporcionará a las personas aseguradas, en todo el Estado español, y comprenderá la asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y ambulatoria necesaria para conservar o restablecer la salud de estas personas en el caso de cualquier enfermedad o lesión que se incluya en las especialidades y servicios que se relacionan en este punto. Todos los gastos que originen las prestaciones deben ir a cargo de la entidad aseguradora.

Sin perjuicio de lo anterior, se hace constar que cuando no exista ninguna posibilidad de otorgar alguna prestación sanitaria concreta cubierta por este contrato en ninguno de los centros médicos de la entidad aseguradora en la provincia de Tarragona y / o Barcelona, esta deberá facilitar el lugar y el personal para dicha asistencia dentro de este territorio, así como hacerse cargo de los gastos que genere.

Respecto a las prestaciones, la compañía aseguradora no podrá exigir ningún plazo de carencia ni la declaración de salud previa por parte de las personas aseguradas ni alegar la preexistencia de ningún tipo de enfermedad en ningún tipo de las prestaciones, siempre que el interesado ejercite este derecho durante los dos primeros meses de 2019.

Para incorporaciones posteriores, la compañía podrá exigir preexistencias, a menos que la persona a asegurar provenga de una póliza de cuadro médico donde no tuviera preexistencias excluidas. Igualmente, para incorporaciones posteriores la compañía podrá exigir carencias, a menos que la persona a asegurar provenga de una póliza de cuadro médico en el que ya hubiera superado los correspondientes plazos de carencia.

El personal que actualmente tenga una póliza en otra entidad y que su vencimiento sea posterior a los dos primeros meses del 2019, y quiera incorporarse a la póliza colectiva, lo podrá hacer desde el momento en que venza su póliza actual y con las mismas condiciones que el personal que entre durante los 2 primeros meses de 2019. El cambio de póliza deberá hacerse el mes inmediatamente siguiente al del vencimiento de la anterior póliza. Se justificará mediante la presentación del último recibo y la tarjeta de la póliza anterior donde conste la fecha de inicio del seguro. Por lo tanto, la compañía deberá admitir estas personas sin ningún tipo de carencias ni preexistencias.

En el caso de nuevas altas incluidas en los supuestos del apartado 1.3. Se podrán dar de alta en el plazo de un mes desde que se genera el derecho a adherirse a la póliza de asistencia sanitaria colectiva sin carencias ni preexistencias, tanto el titular como sus beneficiarios.

Los servicios cubiertos podrán ser de libre acceso o precisar autorización previa de la entidad aseguradora, lo que deberá estar detallado en la oferta del licitador.

Sin embargo, con carácter general deberán ser de libre acceso las consultas de asistencia primaria, las consultas a las especialidades médicas y quirúrgicas, las consultas de urgencia y las pruebas diagnósticas básicas.

El cuadro médico (personal facultativo / centros / clínicas) de la asistencia sanitaria deberá ser el mismo que el de las pólizas ordinarias privadas de la empresa aseguradora.

En cuanto a futuras especialidades no recogidas en la relación siguiente y que la entidad aseguradora, con carácter general, oferte a sus asegurados, serán también de aplicación a las personas aseguradas de la Diputación de Tarragona.

Especialidades médicas que debe cubrir la compañía:

#### 2.1.1. Medicina primaria

- Medicina general. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y Puericultura: Asistencia en consulta y a domicilio de niños hasta 14 años.
- Servicio de enfermería, Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario de Enfermería, en consulta y a domicilio.
- Servicio de ambulancias para casos de necesidad urgente dentro y fuera del término municipal. Incluye los traslados en incubadora y los traslados de pacientes convalecientes fuera de su domicilio habitual en el centro de referencia de su residencia habitual. Traslados en ambulancia medicalizada.

#### 2.1.2. Urgencias

- Servicio permanente de urgencias. La asistencia domiciliaria se hará siempre que el estado del enfermo lo requiera.

#### 2.1.3. Especialidades

Asistencia del equipo médico y especialistas que a continuación se relacionan para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El licitador deberá indicar en su oferta las condiciones y limitaciones de las prestaciones de cada especialidad a efectos de poder valorar el criterio "Personal facultativo / centros / clínicas" correspondiente al criterio de valoración.

Igualmente, el licitador podrá ofertar otras especialidades no incluidas en el listado que a continuación se detalla, respecto a las que igualmente deberá indicar las condiciones y limitaciones para valorar dicho criterio.

- Alergología e Inmunología.

- Anestesiología y Reanimación. Incluida la anestesia epidural.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Aparato respiratorio. Neumología
- Cirugía cardíaca.
- Cirugía general.
- Cirugía digestiva.
- Cirugía oral y maxilofacial.
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora.
- Cirugía torácica.
- Cirugía vascular.
- Dermatología.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriátrica.
- Ginecología y Obstetricia
- Hematología y Hemoterapia.
- Matronas.
- Medicina interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neurocirugía.
- Neurología.
- Odontoestomatología. Incluidas las consultas, curas estomatológicas y extracciones, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada.
- Oftalmología.
- Oncología.
- Otorrinolaringología.
- Podología.
- Proctología.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Reumatología.
- Traumatología.
- Urología.

#### 2.1.4. Medios de diagnóstico y medios terapéuticos:

- Análisis clínicos y anatomopatológicos y citología.
- Radiología.
- Doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, espirometría, fibroendoscopia.
- Gammagrafía, densitometría ósea, monitorización fetal, cistoscopias, colonoscopia, video endoscopia y amniocentesis.
- Otros medios complementarios: arteriografía digital, ergometría, hemodinámica vascular, medicina nuclear, resonancia magnética nuclear, tacto scanner, ambulancias.

- Atención especial a domicilio.
- Aerosol terapia, oxigenoterapia y ventilo terapia.
- Diálisis y Hemodiálisis.
- Litotricia del aparato urinario.
- Logopedia y foniatría.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Tratamiento del dolor.

Los licitadores indicarán en sus ofertas las condiciones y limitaciones y autorizaciones necesarias para poder hacer uso de estos medios, a los efectos de valorar el criterio "Personal facultativo / centros / clínicas", así como, el criterio "Autorizaciones" de la cláusula 9.2 de estos pliegos.

En todos los casos se entiende que las pruebas diagnósticas deberán ser prescritas por personal facultativo debidamente titulado.

Todas aquellas pruebas diagnósticas o terapéuticas que no figuren en esta relación, o aquellas otras que por los avances tecnológicos resulten de nueva aplicación, serán ofertadas por los licitadores.

Igualmente, aquellos futuros nuevos medios no recogidos en la relación anterior y que la entidad aseguradora, con carácter general, oferte a sus asegurados en las pólizas ordinarias similares a las contratadas por la Diputación de Tarragona, serán también de aplicación a las personas aseguradas.

#### 2.1.5. Hospitalización:

Incluirá los gastos generados durante el internamiento y los honorarios médicos y quirúrgicos derivados del tratamiento realizado.

Incluye:

- Hospitalización obstétrica (parto).
- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica (incluida la oncológica)
- Hospitalización quirúrgica (incluida la oncológica)
- Hospitalización pediátrica (incluida la oncológica).
- Hospitalización psiquiátrica.
- Hospitalización en la UCI-UVI.
- Hospitalización por diálisis y riñón artificial.

Las hospitalizaciones incluirán habitación individual con baño y cama para acompañante y serán a cargo de la entidad aseguradora los gastos de estancia y manutención de la persona enferma y las derivadas del motivo de ingreso, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios.

Los licitadores indicarán en sus ofertas las condiciones y limitaciones para la hospitalización, a los efectos de valorar el criterio "Personal facultativo / centros / clínicas", establecido en el correspondiente criterio de valoración.

#### 2.1.6. Otros servicios:

Los licitadores indicarán en sus ofertas las condiciones y limitaciones para prestar otros servicios complementarios, tales como:

- Psicología.
- Programas de detección precoz de cáncer.
- Prótesis.
- Programas de preparación al parto.
- Programas de salud infantil.
- etc.,

Los licitadores indicarán en sus ofertas las condiciones y limitaciones para prestar estos otros servicios, a los efectos de valorar el criterio "Personal facultativo / centros / clínicas", establecido en el correspondiente criterio de valoración.

Los licitadores podrán ofertar como mejora el complemento dental, de las pólizas ordinarias privadas de la empresa aseguradora.

#### 2.1.7. Asistencia sanitaria en el extranjero:

También estará incluida la asistencia en el extranjero para desplazamientos inferiores a 90 días por viaje.

En cualquier lugar del mundo, excepto en el territorio nacional, la persona asegurada tendrá derecho a las siguientes prestaciones hasta los límites y con las condiciones establecidas por la entidad aseguradora en su propuesta, que deberán contener como mínimo los siguientes:

- Reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de hospitalización de ambulancia hasta 10.000 euros.
- Gastos odontológicos de urgencia.
- Prolongación de estancia en un hotel de la persona que acompaña por hospitalización del asegurado.
- Traslados y repatriaciones de personas enfermas o heridas
- Traslado por fallecimiento de la persona asegurada y los familiares acompañantes.
- Retorno de menores por causa de fallecimiento, accidente o enfermedad de la persona asegurada.
- Localización de equipajes u objetos personales perdidos.
- Envío de medicamentos y documentos en el extranjero.
- Transmisión de mensajes urgentes.
- Asistencia jurídica y adelanto de fianzas y gastos procesales.
- Billetes de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel en caso de hospitalizaciones de la persona asegurada.
- Vueltas anticipadas debido a muerte de un familiar.
- Traslados en caso de muerte.

Los licitadores indicarán en sus ofertas si mejoran el límite de días de cobertura temporal y el límite de gastos de asistencia sanitaria en el extranjero, a los efectos de valorar el correspondiente criterio de valoración.

#### 2.2. Modalidad de cobertura de reembolso:

La entidad aseguradora estará obligada a poner a disposición del personal de la Diputación de Tarragona y sus beneficiarios una modalidad de póliza de reembolso parcial de los gastos de asistencia médico -quirúrgica-hospitalaria para las prestaciones descritas en la cláusula 2.1, si no se utiliza el cuadro médico y centros propios y / o concertados de la entidad aseguradora.

El adjudicatario abonará, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria cubierta por la póliza, una cantidad equivalente al 80% del importe de estos gastos en España y del 80% en el extranjero, y siempre con un máximo de 100.000 euros por asegurado y anualidad del seguro.

El licitador podrá ofertar incrementar tanto el porcentaje del 80% como el importe máximo de 100.000 euros por asegurado y anualidad del seguro a efectos de valorar los criterios de adjudicación objetivos establecidos.

El licitador deberá indicar en su oferta las condiciones de prestación de esta modalidad y los límites para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, detallando los que afectan a cada tipo de asistencia (ambulatoria, hospitalaria con y sin intervención quirúrgica, maternidad, tratamientos especiales, etc.), lo que también será valorada en los mencionados criterios de adjudicación objetivos.

Respecto a estas prestaciones, la compañía aseguradora no podrá exigir ningún plazo de carencia ni la declaración de salud previa por parte de las personas aseguradas ni alegar la preexistencia de ningún tipo de enfermedad en ningún tipo de las prestaciones, siempre que el interesado ejercite este derecho durante los dos primeros meses del 2019.

Para incorporaciones posteriores la compañía podrá exigir preexistencias, a menos que la persona a asegurar provenga de una póliza de reembolso donde no tuviera preexistencias excluidas. Igualmente, para incorporaciones posteriores la compañía podrá exigir carencias, a menos que la persona a asegurar provenga de una póliza de reembolso en la que ya hubiera superado los correspondientes plazos de carencia.

El personal que actualmente tenga una póliza en otra entidad y que su vencimiento sea posterior a los dos primeros meses del 2019, y quiera incorporarse a la póliza colectiva, lo podrá hacer desde el momento en que venza su póliza actual y con las mismas condiciones que el personal que entre durante los 2 primeros meses de 2019. El cambio de póliza deberá hacer el mes inmediatamente siguiente al del vencimiento de la anterior póliza. Habrá que justificarlo mediante la presentación del último recibo y la tarjeta de la póliza anterior donde conste la fecha de inicio del seguro. Por lo tanto, la compañía deberá admitir estas personas sin ningún tipo de carencias ni preexistencias.

En el caso de nuevas altas incluidas en los supuestos del apartado 1.3. Se podrán dar de alta en el plazo de un mes desde que se genera el derecho a adherirse a la póliza de asistencia sanitaria colectiva sin carencias ni preexistencias.

Los servicios cubiertos podrán ser de libre acceso o precisar autorización previa de la entidad aseguradora, lo que deberá estar detallada en la oferta del licitador a los efectos de poder valorar los criterios de adjudicación.

No obstante, con carácter general deberán ser de libre acceso las consultas de asistencia primaria, las consultas a las especialidades médicas y quirúrgicas, las consultas de urgencia y las pruebas diagnósticas básicas.

### 3. NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ASEGURADAS

3.1. La Diputación de Tarragona, o entidad en quien delegue la gestión, comunicará a la entidad aseguradora la adhesión de las personas interesadas en alguna de las

modalidades de la póliza contratada. Los derechos de las personas aseguradas se iniciarán el día 1 del mes siguiente al de la comunicación realizada.

El personal de la Diputación y sus beneficiarios podrán adherirse a cualquiera de las dos modalidades ofertadas, sin que sea requisito necesario que el personal de la Diputación esté adherido a la misma modalidad que los beneficiarios. La clase pasiva se podrá adherir a la modalidad de cuadro médico.

El reconocimiento de la condición de persona beneficiaria corresponde a la Diputación de Tarragona. En todo caso, los beneficiarios disfrutarán de este derecho mientras lo tenga el titular del que dependan y siempre que se mantengan las condiciones para ser considerados como beneficiarios.

3.2. Se presume en todo caso que el recién nacido está asegurado con la entidad que atiende a la madre, desde el mismo momento del parto y hasta que haya transcurrido un mes. A partir de entonces, el derecho mencionado queda condicionado a la formalización de la incorporación correspondiente, con los efectos económicos consiguientes, y siempre que el recién nacido tenga la condición de beneficiario.

3.3. Los derechos del personal asegurado extinguen, en todo caso, en la fecha en que la Diputación de Tarragona comunique la baja a la entidad aseguradora; los efectos económicos se extinguen el mes en que se ha producido la baja.

Las bajas no supondrán ningún derecho a indemnización a favor del contratista.

#### 4. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración inicial del contrato es de dos años, a contar desde el día 1 de enero de 2019, con posibilidad de una prórroga voluntaria por un año más, que deberá ser aprobado por mutuo acuerdo de las partes. La no voluntad de prórroga del contrato se deberá comunicar con una antelación mínima de 4 meses.

En caso de finalización del contrato por cualquier motivo, y si la Diputación de Tarragona lo requiere, el adjudicatario estará obligado a continuar prestando los servicios contratados hasta que finalice la tramitación del nuevo expediente de contratación, durante un plazo máximo de cinco meses y con la misma prima y condiciones que las del último año de vigencia del contrato. Las condiciones serán las establecidas en este contrato y las primas serán las que correspondan según la cláusula 5 de este pliego.

#### 5. PRECIO MÁXIMO UNITARIO DE LICITACIÓN

5.1. El precio máximo unitario de licitación para los colectivos de personal Diputación y beneficiarios es de:

- 1) 52 euros mensuales por cada persona asegurada a las prestaciones a que se refiere la cláusula 2.1 de este pliego (modalidad de cobertura de cuadro médico y centros propios y / o concertados de la entidad aseguradora).
- 2) 90 euros mensuales por cada persona asegurada a las prestaciones a que se refiere la cláusula 2.2 de este pliego (modalidad de reembolso).

5.2. El precio máximo unitario de licitación para el colectivo de la clase pasiva será el establecido en las tarifas oficiales del adjudicatario dirigidas al público en general para este tipo de producto, con un descuento mínimo del 30% y con un tope máximo de 155

euros mensuales. En caso de que se ofrezca un descuento más alto del 30% se valorará como criterio de mejora.

5.3. Estos precios incluyen los impuestos correspondientes, y podrán ser mejorados a la baja por los licitadores.

La oferta del licitador preverá un único precio para cada una de las prestaciones referidas (cláusula 2.1, cláusula 2.2), con independencia de la edad o sexo de las personas aseguradas y de su condición de personal de la Diputación o persona beneficiaria.

No serán de aplicación los copagos o precios franquiciados en concepto de uso de los servicios sanitarios de ningún tipo incluidos en las coberturas de los seguros.

El colectivo de personal Diputación que se detalla en el apartado 1.3.A, a excepción de los cargos electos, podrá recibir una ayuda económica mensual por la póliza colectiva de asistencia sanitaria. Esta ayuda se negociará cada año.

Estas primas serán facturadas por el adjudicatario de la siguiente forma:

- a. Una factura mensual a la Diputación de Tarragona por el importe total correspondiente a la cantidad que pagará la Diputación como ayuda a los trabajadores por la póliza de asistencia sanitaria colectiva. Esta factura deberá detallar la relación de personas incluidas y la modalidad de póliza.
- b. La parte restante será facturada y cobrada cada mes y directamente por el adjudicatario a cada trabajador adherido. El cobro se efectuará vía domiciliación bancaria a la cuenta corriente que a tal efecto indicará el trabajador cuando se adhiera a la póliza.

## 6. OPERATIVA DEL SEGURO

6.1. Para las prestaciones de asistencia sanitaria en todo el Estado español la empresa adjudicataria facilitará una tarjeta de asistencia sanitaria personal correspondiente o documento acreditativo similar, para cada persona asegurada.

6.2. Para todas las prestaciones incluidas en este pliego, el adjudicatario deberá facilitar, directamente, a las personas aseguradas, la tarjeta de asistencia sanitaria personal o documento similar. El envío deberá realizarse, como máximo, durante el primer mes de vigencia de este contrato. Para las incorporaciones posteriores, la tarjeta se tramitará, como máximo, durante el primer mes de alta de la persona interesada. Mientras las personas aseguradas no dispongan de dicha tarjeta sanitaria, la compañía aseguradora deberá facilitar, inmediata y directamente, la documentación provisional para que la persona asegurada pueda hacer uso de los servicios de la póliza contratada.

6.3. Para la asistencia en el extranjero la compañía informará a las personas aseguradas como disponer de las prestaciones cubiertas. En caso de asistencia de urgencia en el extranjero, la persona asegurada deberá ponerse previamente en contacto telefónico con la entidad aseguradora, salvo en los casos de fuerza mayor.

6.4. Los cheques, talonarios u otros documentos para especialidades, ingresos, pruebas, tratamientos, etc. son a cargo de la entidad y se pondrán a disposición del personal facultativo de la entidad sin coste para la Diputación de Tarragona ni para las personas aseguradas.

6.5. Todos los gastos que originen las prestaciones deben ir a cargo de la entidad aseguradora.

## 7. MEDIOS DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE LA ASISTENCIA

7.1. Los licitadores deberán aportar su catálogo de servicios con la relación de los medios de la entidad, con el fin de posibilitar a las personas aseguradas la utilización de estos servicios.

El cuadro médico de la asistencia sanitaria (personal facultativo / centros / clínicas) deberá ser el mismo que el de las pólizas ordinarias privadas de los licitadores.

Este catálogo servirá para valorar el criterio objetivo relativo al personal facultativo / centros / clínicas.

El catálogo debe incluir como mínimo:

- Cartera de servicios de atención primaria y especializada y manera de acceder, desglosada por consulta externa y hospitalización.
- Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento, los siguientes servicios: servicios de urgencia; centros hospitalarios; personal facultativo con nombre y apellidos, agrupados por especialidades; comadronas; fisioterapeutas; personal de enfermería; podólogos; servicios de ambulancias; servicio de información de la entidad; otros servicios: centros de rehabilitación, radiodiagnóstico, laboratorios, etc. Tiene que haber, al lado de su nombre, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.
- Cartera de servicios de urgencias, ambulatorios y hospitalarios.
- Relación exhaustiva de los medios de la entidad que necesitan la autorización previa.
- Si hay publicidad o mensajes publicitarios, así como información sobre otros productos o servicios de la entidad, ésta debe figurar separadamente y al final del catálogo, de manera que no pueda confundirse con el alcance y el contenido de las prestaciones incluidas en este contrato.

La entidad ha de editar los catálogos de servicios bajo su responsabilidad y mantenerlos actualizados y debe poner el número de ejemplares del catálogo necesarios a disposición de las personas aseguradas y de la Diputación de Tarragona.

7.2. La entidad debe disponer de todos los medios que haga constar en su catálogo de servicios.

7.3. Los medios de la entidad deben cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda hacer la administración sanitaria competente.

7.4. En cuanto a la asistencia sanitaria contratada, rige el principio general de la libertad de elección de personal facultativo a todos los niveles entre los que figuran en el catálogo de servicios de la entidad aseguradora. Se puede elegir en cualquier momento y sin necesidad de justificarlo.

7.5. La entidad aseguradora debe facilitar los medios de información y de documentación sanitaria a las personas aseguradas en cuanto a los derechos y deberes sobre la prestación sanitaria, y debe ocuparse activamente de que el personal profesional y los centros sanitarios incluidos en su catálogo de servicios cumplan las obligaciones que se recogen en este contrato.

## 8. OTRAS OBLIGACIONES

### 8.1. Garantía de continuidad en el seguro

- Baja por finalización del contrato del Personal de Diputación

En caso de baja del titular por finalización de contrato, se darán de baja en el seguro colectivo el titular y sus beneficiarios. En estos casos el adjudicatario está obligado a que las personas aseguradas (titulares y beneficiarios) puedan continuar aseguradas con la entidad adjudicataria a título particular. En este caso, el adjudicatario aceptará la continuidad, sin ningún tipo de limitación ni período de carencia ni preexistencias, independientemente del estado de salud de la persona asegurada. Las personas interesadas podrán ejercer este derecho durante el mes siguiente a la baja correspondiente. En este caso será suficiente con una comunicación por escrito a la compañía aseguradora.

Las condiciones y prestaciones serán, como mínimo, las mismas que las previstas por el personal de la Diputación de Tarragona en la cláusula 2 para la modalidad de cuadro médico.

La entidad aseguradora garantiza esta continuidad mientras esté en vigor el contrato de la entidad aseguradora con la Diputación de Tarragona. Por tanto, la entidad aseguradora no podrá denunciar dichos contratos particulares si el contrato con la Diputación de Tarragona sigue en vigor.

- Jubilación del Personal de Diputación

En caso de jubilación del titular, este titular y sus beneficiarios podrán pasar al colectivo de clase pasiva. En este caso, el adjudicatario aceptará la continuidad, sin ningún tipo de limitación ni período de carencia ni preexistencias, independientemente del estado de salud de la persona asegurada. Las personas interesadas podrán ejercer este derecho durante el mes siguiente a la baja correspondiente. En este caso será suficiente con una comunicación por escrito a la compañía aseguradora.

Los licitadores podrán ofertar como criterio de valoración que el personal jubilado y sus beneficiarios se puedan mantener en la póliza del colectivo de personal de Diputación y beneficiarios mientras esté en vigencia el contrato (póliza ex empleados).

- Fallecimiento del Personal de Diputación o de la clase pasiva

En caso de fallecimiento de un asegurado incluido el colectivo de Personal Diputación o Clase Pasiva, sus beneficiarios podrán continuar en la póliza colectiva hasta un máximo de tres meses y a partir de esta fecha, dispondrán de un mes para darse de alta a título particular. En este caso, el adjudicatario aceptará la continuidad, sin ningún tipo de limitación ni período de carencia ni preexistencias, independientemente del estado de salud de la persona asegurada. En este caso será suficiente con una comunicación por escrito a la compañía aseguradora.

### 8.2. Médico de empresa

El adjudicatario deberá poner a disposición de la Diputación de Tarragona un médico de empresa, que deberá visitar las instalaciones de la Diputación de Tarragona (Palau Diputación y Edificio Síntesis) un mínimo de 2 días por semana (a razón de un mínimo de una hora por día), en horario de mañana.

### 8.3. Persona interlocutora

El adjudicatario deberá designar una persona que será la interlocutora con la Diputación de Tarragona, o entidad en quien delegue la gestión, para todas las cuestiones que puedan derivarse durante la ejecución de este contrato.

## ANEXO 1

### Tabla de edades del personal de la Diputación

Personal de la Diputación de Tarragona con derecho a prestación de la asistencia sanitaria de la cláusula 1.3A

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
18-25	16	9	7
26-30	37	16	21
31-35	87	33	54
36-40	190	74	116
41-45	285	119	166
46-50	157	64	93
51-55	143	83	60
56-60	130	78	52
61-65	89	56	33
66 -70	6	6	0
<b>TOTAL</b>	<b>1.140</b>		

## ANEXO 2

### Tabla de edades de todo el colectivo actual

Total general de personas que forman parte de la póliza actual:

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0 - 10	97	57	40
11-15	37	16	21
16-20	27	14	13
21-25	29	15	14
26-30	49	19	30
31-35	69	23	46
36-40	120	46	74
41-45	186	73	113
46-50	107	49	58
51-55	113	52	61
56-60	107	58	49
61-65	105	48	57
66-70	51	22	29
71-75	34	21	13
76-80	20	11	9
81-85	7	2	5
86-90	8	0	8
<b>TOTAL</b>	<b>1.166</b>		

Tablas de la póliza actual para colectivos:

#### Titulares cuadro médico

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
26-30	11	4	7
31-35	44	14	30
36-40	88	33	55
41-45	145	52	93
46-50	76	31	45
51-55	79	38	41
56-60	66	40	26
61-65	35	19	16
<b>TOTAL</b>	<b>544</b>		

#### Beneficiarios cuadro médico

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-5	40	23	17
6 - 10	54	32	22
11-15	37	16	21
16-20	27	14	13
21-25	27	14	13
26-30	34	12	22
31-35	21	6	15
36-40	26	12	14
41-45	28	16	12
46-50	21	12	9
51-55	22	7	15
56-60	20	8	12
61-65	23	10	13
66-70	10	6	4
<b>TOTAL</b>	<b>390</b>		

**Titulares reembolso**

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
36-40	1	0	1
41-45	7	1	6
46-50	8	5	3
51-55	9	6	3
56-60	15	6	9
61-65	18	9	9
66-70	3	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>		

**Beneficiarios reembolso**

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-10	3	2	1
21-25	2	1	1
26-30	3	2	1
31-35	4	3	1
36-40	1	0	1
41-45	3	2	1
46-50	0	0	0
51-55	3	1	2
56-60	4	3	1
61-65	7	3	4
66-70	4	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>		

**Clase Pasiva**

TRAMO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
26-30	1	1	0
31-35	0	0	0
36-40	4	1	3
41-45	3	2	1
46-50	2	1	1
51-55	0	0	0
56-60	2	1	1
61-65	22	7	15
66-70	34	12	22
71-75	34	21	13
76-80	20	11	9
81-85	7	2	5
86-90	3	0	3
más 90	5	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>		