**PLIEGO<A[PLIEGUE|PLIEGO]> DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE RIGEN LA CONTRATACIÓN DE UNA EMPRESA QUE SE ENCARGUE DE LA PÓLIZA DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTE DE LA AGENCIA CATALANA DE TURISMO**

**Primera. Definiciones**

A los efectos de este contrato se establecen las definiciones siguientes:

**Tomador del seguro:** Agencia Catalana de Turismo (ACT).

**Aseguradora:** empresa que asume el riesgo pactado contractualmente.

**Persona asegurada:** persona física perteneciente a cualquiera de los grupos descritos a la prescripción tercera.

**Póliza:** El pliego de cláusulas administrativas particulares, este pliego de prescripciones técnicas de responsabilidad patrimonial y civil, y las mejoras ofrecidas y aceptadas por el adjudicatario que rigen esta contratación forman parte de la póliza y actúan como condiciones particulares, así como los anexos y los suplementos que se puedan emitir posteriormente.

**Segunda. Objeto del seguro**

Seguro de vida y accidente para el personal laboral de la Agencia Catalana de Turismo, según los términos y condiciones previstas en los apartados siguientes.

**Tercera. Personas a asegurar**

Personal con relación laboral con la ACT de la oficina de Barcelona y de las oficinas en el exterior de la ACT (actualmente de las oficinas de Europa y Nueva York), unas 110 personas en total aproximadamente.

El anexo con el detalle de las personas a asegurar se facilitará, previa complementación y envío en la Agencia Catalana de Turismo de la declaración de privacidad, que se encuentra disponible en el perfil del contratante.

**Cuarta. Personas beneficiarias**

1. En el caso de invalidez absoluta, parcial y total, la persona propia asegurada.
2. En caso de muerte, se determinará de acuerdo a las reglas siguientes:
   1. En primer lugar, la persona o las personas que consten en la designación efectuada por cada persona asegurada, bien en el momento de adherirse a la póliza, bien en cualquier otro momento posterior, durante la vigencia del contrato. Es imprescindible que la solicitud de designación expresa de personas beneficiarias esté firmada y fechada por la persona asegurada con el fin de tener validez.
   2. En el supuesto de que no hubiera persona beneficiaria designada, se aplicará la normativa de sucesiones que corresponda según el caso.

**Quinta. Riesgos cubiertos**

* + 1. GARANTÍA PRINCIPAL DE SEGURO DE VIDA:

1. *Muerte por cualquier causa*. La aseguradora garantiza el pago del capital asegurado sin límite de edad a las personas beneficiarias designadas, inmediatamente después de haber recibido la prueba de la muerte de la persona asegurada por<A[por|para]> cualquiera que fuera la causa y en cualquier lugar<A[lugar|sitio]> del mundo que haya ocurrido. Se considerará incluida la muerte producida por suicidio.
2. *Invalidez absoluta por cualquier causa*. La aseguradora garantiza hasta los 70 años de la persona asegurada el pago del capital pactado como consecuencia de la invalidez absoluta. Se considera invalidez absoluta la disminución funcional irreversible provocada por cualquier causa, y originada independientemente de la voluntad de la persona asegurada, que determina la total ineptitud de este para el mantenimiento permanente de cualquier actividad laboral o actividad profesional.
3. *Invalidez total por cualquier causa.* La aseguradora garantiza hasta los 70 años de la persona asegurada el pago del capital pactado como consecuencia de una invalidez total para la profesión habitual. Se considera invalidez total para la profesión habitual la disminución funcional irreversible provocada por cualquier causa, y originada independientemente de la voluntad de la persona asegurada, que determina la total ineptitud de este para el mantenimiento permanente del ejercicio de su profesión habitual.

No se incluye la *Invalidez Parcial por enfermedad*.

Las invalideces referidas en los puntos 2 y 3 no serán acumulativas.

A efectos de la indemnización del siniestro de invalidez, se cogerá como fecha de siniestro la fecha de la primera baja laboral correspondiente a las patologías que han originado la invalidez.

Sin embargo, respecto de las personas aseguradas que causen baja laboral durante la vigencia de la póliza anterior se tomará como fecha de siniestro la fecha de los efectos económicos de la resolución de invalidez conforme a la cual la aseguradora tendrá que indemnizar.

* + 1. GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE ACCIDENTE:

Se entiende por accidente la lesión corporal sobrevenida a la persona asegurada independientemente de su voluntad y debido a una causa repentina, externa y violenta, tanto en el ejercicio de su profesión como en el ámbito de su vida privada.

1. *Muerte por accidente*. La aseguradora garantiza el pago del capital pactado sin límite de edad a las personas beneficiarias designadas, en caso de muerte de la persona asegurada, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, producida inmediatamente o dentro de un plazo de cinco años a contar desde la fecha de accidente, o si transcurrido este plazo se probara que el hecho es consecuencia de lo mismo.
2. *Invalidez absoluta por accidente*. La aseguradora garantiza hasta los 70 años de la persona asegurada el pago del capital establecido, en caso de invalidez absoluta de este, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La invalidez tiene que haberse producido inmediatamente o dentro de un plazo de cinco años a contar desde la fecha de accidente, o si transcurrido este plazo se probara que el hecho es consecuencia de lo mismo.

Se entiende por invalidez absoluta por accidente la disminución funcional irreversible provocada por accidente y originada independientemente de la voluntad de la persona asegurada, que determina la total ineptitud de este para el mantenimiento permanente de cualquier actividad laboral o actividad profesional.

1. *Invalidez total por accidente*. La aseguradora garantiza hasta los 70 años de la persona asegurada el pago del capital establecido, en caso de invalidez total por accidente de este, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La invalidez se tiene que haber producido inmediatamente o dentro de un plazo de cinco años a contar desde la fecha de accidente, o si transcurrido este plazo se probara que el hecho es consecuencia de lo mismo.

Se entiende por invalidez total por accidente la disminución funcional irreversible provocada por accidente y originada independientemente de la voluntad de la persona asegurada, que determina la total ineptitud de este para el mantenimiento permanente del ejercicio de su profesión habitual.

1. *Invalidez parcial por accidente*. La aseguradora garantiza hasta los 70 años de la persona asegurada el pago del capital establecido, de acuerdo con el baremo de la póliza, en caso de invalidez parcial de este, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

La invalidez se tiene que haber producido inmediatamente o dentro del plazo de cinco años a contar desde la fecha del accidente, o si transcurrido este plazo se probara que el hecho es consecuencia de lo mismo.

Se entiende por invalidez parcial por accidente la disminución funcional irrecuperable ocasionada a la persona asegurada a consecuencia directa de un accidente.

Las invalideces referidas en los puntos anteriores no serán acumulativas.

A efectos de la indemnización del siniestro de invalidez, se tomará como fecha de siniestro la fecha del accidente sufrido por la persona asegurada. Sin embargo, respecto de las personas aseguradas que sufran un accidente durante la vigencia de la póliza anterior, se tomará como fecha de siniestro la fecha de los efectos económicos de la resolución de invalidez conforme a la cual la aseguradora tendrá que indemnizar.

Serán considerados como accidentes, entre otros, los siguientes:

* + - 1. Envenenamientos, asfixias o quemaduras producidas por aspiración involuntaria de gases.
      2. Ingestión por error o por acto criminal de terceros de productos tóxicos o corrosivos, excluyendo intoxicaciones debidas al abuso grave de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes y alucinógenos.
      3. Infecciones cuando<A[cuando|cuándo]> el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por<A[por|para]> una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza.
      4. Insolaciones, congestiones, congelaciones u otras inclemencias del tiempo o de la presión atmosférica, si la persona asegurada ha estado expuesta a consecuencia del accidente.
      5. Asfixia por inmersión.
      6. Consecuencias de todo tipo de mordisco<A[mordisco|mordedura]>s de animales y picaduras de insectos.
      7. Consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
      8. Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los relacionados por el deber de solidaridad humana.
      9. Los sobrevenidos en situaciones de ataques de apoplejía, desvanecimientos, desvanecimientos, síncopes<A[síncopes|síncopas]>, crisis epilépticas, alienaciones<A[alienaciones|enajenaciones]> mentales, inconsciencia o sonambulismo, siempre excluyendo los relacionados con el abuso grave de alcohol, sedantes, estimulantes, estupefacientes o alucinógenos.
      10. A título ejemplificativo y no limitativo, los derivados del uso, tanto de pasajero/a como de conductor/a, de medios de locomoción terrestre, acuática o aérea, así como los derivados de la conducción de cualquier tipo de motocicleta, automóviles, turismos de uso particular, furgonetas, camiones, vehículos de tracción animal, caballerías y bicicletas, siempre que el/la conductor/a posea el permiso de conducir adecuado al vehículo que conduzca.
      11. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo las lesiones o muertes<A[muertos|muertes]> y sus consecuencias que tengan su origen en infarto, embolia, derrame<A[derrame|vertido]> cerebral y en otros similares, siempre que hayan sido reconocidos como accidente de trabajo por los órganos administrativos o jurisdiccionales competentes de la Seguridad Social u órganos que los sustituyan. En el caso del personal de las oficinas en el exterior, lo que reconozca cada organismo competente, según el país de residencia de la persona asegurada.
      12. Se incluyen todos los deportes practicados en calidad de aficionados.
      13. Asimismo, las actividades específicas que tengan que realizar por razones del puesto de trabajo. A título enunciativo y no limitativo: submarinismo, rapel...

**Sexta. Garantías y límites de indemnización**

El detalle de personas aseguradas, se relaciona en el anexo según se establece en la cláusula tercera, teniendo en cuenta que el límite máximo de indemnización a cargo de la aseguradora por siniestro, cualquiera que sea el número de víctimas, será de 390.000 euros.

**Séptima. Sumas aseguradas**

Las sumas aseguradas serán las que seguidamente se detallan:

* 30.000,00 euros en caso de muerte, de invalidez absoluta o total por cualquier causa.
* 30.000,00 euros complementarios en caso de que la causa de muerte, de invalidez absoluta o de invalidez total sea por accidente.

En caso de invalidez parcial por accidente: el importe de indemnización será el resultante de aplicar el baremo, el cual se habrá aportado por la aseguradora en el plazo de 15 días naturales desde la adjudicación.

En caso de muerte, a petición de la persona beneficiaria se podrá disponer de un anticipo de 3.000,00 euros, a cuenta del capital asegurado para atender los gastos del sepelio.

**Octava. Cláusula de riesgos extraordinarios**

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter

extraordinario, de conformidad con la normativa vigente en esta materia.

La póliza suscrita, consecuencia de esta licitación, se considerará como a continuación en la que tiene vigente la ACT.

La aseguradora se hace responsable de la correcta tarificación de la prima del Consorcio de Compensación de Seguros.

**Novena. Cuadro de invalidez**

La ACT admitirá como válido, en el caso de invalidez parcial por accidente, el cuadro de invalideces que la aseguradora tenga autorizado por la ACT, que se aportará en el momento de formalización del contrato.

**Decena. Vinculación de las decisiones de los órganos sociales**

Visto el carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social (o del organismo competente, según el país de residencia de la persona asegurada) que la póliza que se desea contratar tiene, y su sujeción en consecuencia, a las normas sociolaborales, el seguro se ajustará, además de la normativa contenida a la Ley 50/1980, de regulación del contrato de seguros, y de otras disposiciones en vigor, a los puntos siguientes:

1. Tendrá la consideración de accidente indemnizable al amparo de la presente póliza todo hecho al cual la regulación de la Seguridad Social atribuya tal carácter, siendo vinculante en su caso, la declaración firme al respeto de los órganos administrativos o jurisdiccionales competentes de la Seguridad Social. En el caso del personal de las oficinas en el exterior, se considerará lo que decida cada organismo competente, según el país de residencia de la persona asegurada.
2. Será vinculante para la determinación del grado de invalidez la decisión firme de los órganos competentes, administrativos de la Seguridad Social o judiciales (o del organismo competente, según el país de residencia de la persona asegurada), sobre el grado de invalidez que con relación a la normativa sociolaboral corresponda a la persona trabajadora, para<A[para|por]> hechos cubiertos<A[cubiertos|cobertizos]> por<A[por|para]> esta póliza.

Con respecto al anterior, se especifica que el grado de las incapacidades y su respectiva correspondencia, será la siguiente:

1. A la gran invalidez o a la incapacidad permanente absoluta reconocida en vía social, corresponderá la invalidez absoluta cubierta en póliza.
2. A la incapacidad permanente total reconocida en vía social, corresponderá la invalidez total prevista en póliza.
3. A la incapacidad permanente parcial en vía social, corresponderá en la póliza la indemnización que con relación al baremo contenido en la invalidez parcial procediera.
4. En caso de que se reconociera a la persona asegurada lesiones permanentes no invalidantes para el trabajo, se le entregará el capital que, de acuerdo con el mencionado baremo, le corresponda en función de las secuelas permanentes reconocidas.

**Undécima. Ámbito temporal de cobertura**

24 horas / día, todo el año.

**Duodécima. Ámbito territorial**

El ámbito territorial de la cobertura será todo el mundo.

**Decimotercera. Condiciones de adhesión**

1. La aseguradora considerará esta póliza como a continuación a la suscrita por la ACT con el mismo objeto de contratación, por lo cual aceptará en todo el personal perteneciente al grupo descrito en la prescripción tercera, que esté asegurado al inicio de la vigencia de la póliza, con las mismas condiciones que en la póliza anterior, sin declaración sanitaria y sin preexistencias.
2. Se considerará automáticamente asegurada por<A[por|para]> la póliza contratada toda persona que se encuentre dentro del colectivo descrito en la prescripción tercera.
3. Errores y Omisiones: quedan garantizadas las coberturas de este pliego<A[pliegue|pliego]>, por<A[por|para]> cualquier hecho que ampara a las personas aseguradas, a pesar de sufrir algún defecto de cobertura por causa de errores y omisiones no intencionados en la comunicación de variaciones en los riesgos asegurados que deriven de las circunstancias siguientes:
   1. Errores y omisiones no intencionados provocados por el tratamiento informático de datos de los colectivos de personas objeto de cobertura.
   2. Cualquier otro tipo de incidencia ajena a la voluntad de la persona asegurada que provoque error en la comunicación de variaciones en los riesgos asegurados.

Esta variación en los riesgos asegurados será admitida a todos los efectos de cobertura, tanto si está descubierta y comunicada por la persona asegurada como si se comprueba en ocasión de una inspección para<A[para|por]> la aseguradora o con motivo de un siniestro, produciendo, si procede, el correspondiente reajuste de la prima con efecto retroactivo a la fecha de efecto de la póliza vigente.

**Decimocuarta. Gestión de la póliza**

1. En el plazo de 15 días naturales desde la adjudicación, la aseguradora tendrá que enviar a la ACT su baremo para la valoración del daño.
2. La aseguradora facilitará a la ACT la información de siniestralidad siguiente:
   * Número de referencia del siniestro.
   * Reservas/provisiones técnicas de la siniestralidad pendiente y de la producida a partir del inicio de la vigencia de la póliza, así como de las correspondientes actualizaciones, que se enviarán mensualmente.
   * Las propuestas de indemnización contendrán los criterios de valoración seguidos, detalle de los cálculos efectuados y el importe ofrecido.
   * Justificación escrita y fundamentada de la retención de IRPF.
   * Los informes periciales de secuelas cuando<A[cuando|cuándo]> sean solicitados por escrito, por la persona asegurada lesionada, a la unidad correspondiente.
   * En cualquier caso, la aseguradora presentará informe sobre la situación del siniestro, siempre que la ACT le solicite.
   * Comunicación de la aceptación o rechazo del siniestro. En caso de rechazo, hará falta la presentación de un escrito fundamentado que contenga las causas, con concreción de las cláusulas del pliego de prescripciones técnicas en que se amparen.
   * Información y justificación puntual y/o periódica de los importes liquidados y de la documentación acreditativa de los mismos, así como de la fecha en que se efectúan.
3. La aseguradora pondrá a disposición permanente de la ACT una persona interlocutora única para la gestión integral de la póliza. Esta persona tendrá que tener titulación superior.
4. Plazos de respuesta de la aseguradora a lo largo de la tramitación de los siniestros:
   * Requerimiento de documentación: 3 días laborables desde que la compañía de seguros recibe el grueso<A[grueso|grosor]> de la documentación añadida.
   * Solicitud que la persona asegurada sea visitada por el/la perito: 6 días laborables desde que la compañía de seguros recibe la documentación.
   * Oferta de indemnización: 20 días laborables, como máximo, desde que la compañía de seguros recibe la documentación y/o una vez que la persona asegurada haya pasado al perito médico.
   * Documento retención de IRPF: 7 días laborables, como máximo, una vez tenga la aseguradora toda la documentación en su poder.
   * Informes de secuelas: 15 días desde que la aseguradora recibe la petición.
   * Los expedientes tienen que ser rehusados, siempre que abra toda la documentación en poder de la compañía de seguros, en un plazo máximo de 7 días.
5. En caso de desacuerdo en la cobertura del siniestro o en la determinación del importe a indemnizar, se tratarán en una comisión compuesta por la aseguradora, dos personas representantes de la ACT y la correduría que gestiona la póliza. Los acuerdos tomados en estas Comisiones vincularán a todas las partes afectadas.
6. Las altas y bajas objeto de esta cobertura de seguros se ajustarán a las condiciones establecidas en el pliego<A[pliegue|pliego]> se comunicarán a la aseguradora, y en su caso a la mediadora, en un plazo máximo de 7 días a partir de la comunicación del alta o de la baja.
7. Las regularizaciones de altas y bajas se harán al vencimiento de la póliza y se remitirán periódicamente a la compañía aseguradora, y en su caso a la mediadora, las altas y bajas producidas. Se entregará a la ACT la regularización definitiva de la anualidad, conjuntamente con el recibo correspondiente, durante el mes de la toma<A[toma|presa]> de vigencia.
8. Para establecer el coste de los suplementos de altas y bajas, la aseguradora tendrá que aplicar las mismas tarifas de delgaduchas que utilizó para la formalización de la propuesta económica de esta contratación.
9. Asimismo, si ocurriera un siniestro, la aseguradora se hará cargo de lo mismo mediante la certificación de la ACT, en la cual, se indicará el carácter de asegurado de la persona siniestrada.
10. La aseguradora pondrá a disposición a una persona interlocutora que facilitará un móvil localizable en caso de siniestros graves.
11. La aseguradora facilitará el acceso completo a sus aplicaciones informáticas (relacionadas con la gestión de las coberturas de la ACT) al adjudicatario del servicio de mediación.