



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE RIGE LA  
CONTRATACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO

**DE ASISTENCIA SANITARIA PARA EL  
PERSONAL TITULAR DE LAS DELEGACIONES  
DEL GOBIERNO DE LA GENERALITAT DE  
CATALUNYA QUE PRESTAN SERVICIO EN EL  
EXTRANJERO EN PAÍSES DE FUERA DE LA UE**



Índice

Índice.....	2
Primera. - DEFINICIONES.....	3
Segunda. - OBJETO Y ÁMBITO DEL CONTRATO .....	3
Tercera. - DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS DE PERSONAS A ASEGURAR.....	4
Cuarta. - COBERTURAS DE LA PÓLIZA.....	4
Quinta. - ÁMBITO TERRITORIAL .....	9
Sexta. - ÁMBITO TEMPORAL .....	9
Séptima. - CAPITAL MÁXIMO ASEGURADO.....	9
Octava. - REEMBOLSO.....	10
Novena. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO .....	10
Décima. - EXCLUSIONES .....	11
Undécima. - MEJORAS COMPLEMENTARIAS.....	12
Duodécima. - GESTIÓN DE LA PÓLIZA.....	13



**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE RIGE LA CONTRATACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA PARA EL PERSONAL TITULAR DE LAS DELEGACIONES DEL GOBIERNO DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA QUE PRESTAN SERVICIO EN PAÍSES DE FUERA DE LA UE.**

=====

## **Primera. - DEFINICIONES**

**Tomador del Seguro:** Generalitat de Catalunya, Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro (NIF: S-0811001-G).

**Asegurador:** Entidad aseguradora que asume el riesgo pactado contractualmente.

**Asegurado:** La persona física perteneciente a cualquiera de los grupos y colectivos descritos en la prescripción tercera.

**Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza el pliego de condiciones administrativas particulares y el presente de prescripciones técnicas que rigen esta contratación, incluidas las mejoras ofrecidas por el adjudicatario; así como los suplementos o apéndices que se puedan emitir posteriormente para modificarlo o complementarlo, de acuerdo con las necesidades de cobertura de la Generalitat de Catalunya.

## **Segunda. - OBJETO Y ÁMBITO DEL CONTRATO**

El objeto del contrato es la contratación por parte de la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro de una póliza de seguro de asistencia sanitaria para las personas titulares de las delegaciones del Gobierno de la Generalitat que prestan servicios en países de fuera de la UE.

A tal efecto, la entidad adjudicataria pondrá a disposición del colectivo protegido todo el medio sanitario propio o concertado precisos. Si la entidad no dispusiera de tales medios se hará cargo del gasto ocasionado por la utilización de otros medios ajenos, incluyendo la anticipación de fondo o cantidades a cuenta cuando así lo exijan los proveedores sanitarios.

### **Definición del servicio**

La asistencia sanitaria englobará todas aquellas actuaciones necesarias para garantizar las prestaciones previstas en estos pliegos de prescripciones técnicas (de ahora en adelante PPT).

Con carácter enunciativo y no limitativo, las contingencias cubiertas por la adjudicataria son las derivadas de:

- enfermedad común y profesional
- accidentes laborales y no laborales,
- accidentes de tráfico y deportivos,
- actos de terrorismo,
- embarazo, parte y puerperio,
- actuaciones preventivas,



- enfermedades o situaciones preexistentes,
- patologías congénitas
- enfermedades crónicas,
- accidentes producidos o manifestados anteriormente en la entrada en vigor de la póliza.

### **Tercera. - DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS DE PERSONAS A ASEGURAR**

Compone al colectivo a asegurar el personal de la Generalitat de Catalunya titular de las delegaciones del Gobierno de la Generalitat que prestan servicios en países de fuera de la UE, y el alta del cual sea solicitada por su departamento de adscripción.

La edad máxima para la incorporación en la póliza será de 65 años y la edad máxima de permanencia en la misma será de 75 años.

Se tendrá que tener en cuenta las peculiaridades técnicas y legales del riesgo de los asegurados y sus beneficiarios, en función del país de destinación, con especial atención y particularidades a los destinados en los Estados Unidos.

### **Listado de asegurados y beneficiarios en mayo 2024:**

	<b>País de destinación</b>
1	Estados Unidos de América
2	Estados Unidos de América
3	México
4	Argentina
5	Sudáfrica
6	Senegal
7	Marruecos
8	Corea del Sur
9	Japón
10	Colombia
11	Brasil

El colectivo puede tener cambios en su composición (altas y bajas) y distribución por países a lo largo del contrato que serán comunicadas por la Generalitat de Catalunya y se regularizarán según el indicado en este pliego.

### **Cuarta. - COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

#### **4.1. Aspectos generales**

- Las coberturas no tendrán periodos de carencias, tampoco en caso de embarazo excepto en los programas de fertilidad y fecundación in vitro que será de 12 meses.



- No será necesaria la cumplimentación de boletines de adhesión, ni de cuestionario o declaración de salud.
- No serán de aplicación copagos, franquicias o deducibles.
- La entidad adjudicataria dará cobertura y continuidad de tratamiento de procesos en curso, antes de la contratación de la póliza.

#### **4.2. Garantías aseguradas**

El contrato de seguro tiene que cubrir los gastos de la asistencia médica generados como consecuencia de enfermedad o accidente e incluir, al menos en todos los niveles asistenciales, los siguientes bloques de cobertura:

- Atención primaria (Medicina General, Pediatría, Puericultura, ATS/DUE).
- Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias.
- Enfermería o Servicios de enfermería: Asistencia en consultorio y a domicilio prestada por un Titulado en Enfermería, previa prescripción facultativa.

- Paciente internado en el hospital o clínica.
- Servicio de Enfermería en casa, hasta 60 días/año
- Curas paliativas, hasta un límite de 5.000 euros

- Especialidades: Se cubren las Consultas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados en las siguientes especialidades médico-quirúrgicas:

1. Alergología e Inmunología

La prestación no cubre las vacunas, ni los test de intolerancia alimentaria.

2. Anestesiología y Reanimación.

3. Angiología y cirugía Vascular.

4. Aparato Digestivo.

5. Cardiología.

6. Cirugía Cardiovascular.

7. Cirugía General y del Aparato Digestivo.

8. Cirugía Oral y Maxilofacial.

No tendrán la consideración de intervenciones quirúrgicas maxilofaciales, las derivadas de patología dental, intervenciones quirúrgicas preprotésicas ni aquellas coberturas incluidas en el apartado de odontología.

9. Cirugía Pediátrica.

10. Cirugía Plástica y Reparadora.

Se cubre exclusivamente cuando sea necesaria para eliminar las secuelas de una enfermedad o lesión que esté cubierta por la póliza y haya sido sufrida durante el periodo de cobertura de esta, o como consecuencia de una intervención quirúrgica que haya sido cubierta por esta póliza. Está cubierta la reconstrucción mamaria después de mastectomía radical por proceso oncológico.

11. Cirugía torácica.



12. Dermatología y Venereología  
No se considera dermatología las lesiones actínicas de la piel; la dermatoscopia; el tratamiento dermat-cosmético.
  13. Endocrinología y Nutrición.
  14. Geriatria.
  15. Ginecología y Obstetricia.
  16. Hematología y Hemoterapia.
  17. Medicina Interna.
  18. Nefrología.
  19. Neonatología.
  20. Neumología.
  21. Neurocirugía.
  22. Neurología.
  23. Oncología Médica y Radioterápica.  
Las dianas terapéuticas quedan cubiertas a la red de Servicios Médicos Concertados especialmente por el Asegurador para esta cobertura.
  24. Otorrinolaringología.
  25. Psiquiatría.  
Tratamiento en régimen: hasta 10.000 €/año  
Tratamiento de día: máximo 20 sesiones/año
  26. Reumatología.
  27. Traumatología y Cirugía ortopédica.
  28. Urología, incluida la vasectomía.
- Medios complementarios de diagnóstico: Los medios de diagnóstico incluidos se harán en todos los casos previa prescripción de un médico. La prestación incluye la utilización de contrastes.
    1. Análisis Clínicos: quedan excluidos los tests de intolerancia alimentaria.
    2. Anatomía Patológica.
    3. Radiodiagnóstico. Cubre las técnicas habituales como:
      - Radiología general.
      - Ecografía.
      - T.A.C. (tomografía axial computerizada).
      - RMN (resonancia magnética nuclear). Incluye RMN 3 T.
      - Angiografía.
      - Arteriografía digital.
      - Densitometría ósea.
      - Mamografía.
      - Radiología vascular e intervencionista.
    4. Otros medios de diagnóstico
      - Endoscopias digestivas diagnósticas o terapéuticas, quedando cubierta la



sedación si hace falta (excluida endoscopia mediante cápsula y la virtual).

- Pruebas cardiológicas. Esta prestación cubre los ecocardiogramas, holter, ergometrías, estudios electrofisiologías y hemodinámica.
  - Pruebas respiratorias y otorrinolaringológicas. Esta prestación cubre las espirometrías, endoscopias y pruebas vestibulares.
  - Pruebas ginecológicas.
  - Esta prestación cubre el ONCOTECT para el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano (HPV).
  - Pruebas urológicas. Esta prestación cubre los estudios urodinámicos, flujometrías y las cistoscopias.
- Tratamientos especiales: Se cubren los tratamientos siguientes:
    1. Radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia. (excluye la medicación coadyuvante y la radioterapia combinada).
    2. Diálisis y riñón artificial.
    3. Fisioterapia y Rehabilitación con un máximo de 30 sesiones/año.
    4. Foniatría y Logopedia. Con un máximo de 30 sesiones/año.
  - Hospitalización y/o Cirugía:
    1. Gastos ocasionados por estancia hospitalaria: Uso de habitación convencional y/o hospital de día y manutención del asegurado ingresado y cama de acompañante (si hubiera), hasta el límite cuantitativo diario que se establezca en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, si procede.

Esta prestación no cubre los gastos hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención del acompañante y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la Enfermedad o Accidente.
    2. Servicios médicos hospitalarios: Gastos de utilización de quirófano, material, medicamentos (tanto en quirófano, como los suministrados durante la Hospitalización), anestesia, resucitación y/o cualquier otro concepto de servicios médicos prestados durante la Hospitalización.
    3. Gastos por honorarios de médico cirujano: Para todas las especialidades quirúrgicas contratadas y de los ayudantes y anestesistas que intervengan.
    4. Gastos por honorarios médicos: En especialidades no quirúrgicas durante las Hospitalizaciones.
    5. Gastos de Hospitalización del Asegurado en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuando por su gravedad requiera cuidados intensivos o vigilancia permanente.
    6. Gastos de Hospitalización de Día. Se aplicarán los límites establecidos para estancia hospitalaria y gastos médicos hospitalarios.
  - Cobertura de la maternidad y bebés. Hasta 15.000 euros.

Cubre los gastos derivados de la maternidad (embarazo y parto o cesárea) y cualquier tipo de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a consecuencia del embarazo, parte o cesárea y puerperio, es decir, aquellos derivados de:



- Tocología.
- Parte o cesárea.
- Recién nacidos: Siempre que esté cubierto el parto, esta prestación cubre los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los bebés mientras permanezcan ininterrumpidamente en el Hospital donde se produjo el alumbramiento, y hasta un máximo de siete (7) días de Hospitalización.
  
- Otras Coberturas
  1. Ambulancia. Esta prestación cubre el servicio de ambulancia terrestre para traslado a un hospital, o desde este al domicilio del asegurado, por prescripción de un médico (por causa clínica y siempre que no se pueda hacer por otro medio)  
No están incluidos en la cobertura los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación ni con la realización de pruebas diagnósticas o consultas en régimen ambulatorio.
  2. Podología. Esta prestación cubre las Consultas y la cirugía de uña encarnada y pequeños tumores cutáneos.  
Se excluyen el resto de tratamientos de podología, como el tratamiento para callosidades y durezas.
  3. Prótesis: Esta prestación cubre: 1) las válvulas cardíacas; 2) los marcapasos (no está cubierto ningún tipo de desfibrilador); 3) las Prótesis de cadera; 4) las Prótesis de bypass vascular y stent; 5) las prótesis internas traumatológicas y material de osteosíntesis; 6) las lentes intraoculares monofocales en casos de cirugía de cataratas; 7) las Prótesis mamarias después de mastectomía radical por proceso oncológico y sólo de la mama afectada; 8) las mallas quirúrgicas en reparación de defectos de la pared abdominal y las mallas urológicas; 9) el reservorio en tratamientos oncológicos.  
No se considera prótesis el material de ortopedia. Las intervenciones quirúrgicas destinadas a la implantación de una prótesis no cubierta están excluidas.
  4. Trasplantes de órganos: hasta 120.000 euros  
Quedan excluidos los órganos, los tejidos, las células o los componentes celulares objeto del trasplante y los gastos generados por la adquisición de estos (incluidos, entre otros, los de extracción a un donante de un órgano dado, extracción al Beneficiario de un órgano dado para su trasplante). trasplante a otra persona, pruebas de compatibilidad, traslado del órgano dado o gastos administrativos).
  5. SIDA: Esta prestación cubre los gastos derivados del tratamiento de las Enfermedades o Lesiones que tuvieron lugar con motivo de sufrir a la Asegurada el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con un límite de 6.000 euros por asegurado y por toda la vida.
  
- Medicina preventiva: mínimo en las especialidades de pediatría, cardiología, urología y aparato digestivo.
- Tratamiento dental de urgencia en caso de accidente con un límite de 2.500 euros.
- Tratamiento visual de urgencia en caso de accidente con un límite de 2.500 euros.
- Asistencia en viaje, comprenden coberturas propias de asistencia en viaje de los asegurados:



- Asistencia Sanitaria: Esta cobertura tendrá efecto cuando el asegurado se encuentre de viaje en un país diferente al de su residencia habitual en el extranjero y atenderá las emergencias que se produzcan durante los viajes que no superen más de 90 días consecutivos.
- Traslado o Repatriación del asegurado muerto.
- Desplazamiento y gastos de estancia de acompañante restos mortales
- Servicios de información al viajero. Información 24 horas
- Información sobre la infraestructura medica
- Transmisión mensajes urgentes
- Desplazamiento y alojamiento de una persona acompañante del asegurado hospitalizado superior a 5 noches.

#### **Quinta. - ÁMBITO TERRITORIAL**

Los Asegurados quedan amparados por las coberturas de la póliza en todo el mundo.

La compañía no podrá dar cobertura cuando las indemnizaciones lo exponga a cualquier sanción, prohibición o restricción de conformidad con las resoluciones dictadas por las Naciones Unidas, o en virtud de leyes, reglamentos o sanciones comerciales y/o económicas de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.

Cuando por necesidades de servicio se prevea un cambio de domicilio del asegurado principal (las personas destinadas en el exterior), prolongado y fuera de su país de destinación, el usuario departamental (mediante la aplicación TRAMAS) solicitará a la compañía la modificación del país de destinación.

Al finalizar tal situación temporal, el usuario departamental tendrá que solicitar otra vez el cambio del país de destinación.

La variación que el cambio de país tenga en primas se regularizará, si procede, según se indica en el presente pliego.

#### **Sexta. - ÁMBITO TEMPORAL**

Los Asegurados quedan amparados por todas las coberturas de las pólizas durante las veinticuatro horas, todos los días del año, tanto para su vida ordinaria y particular, como durante su actividad profesional y extraprofesional.

#### **Séptima. - CAPITAL MÁXIMO ASEGURADO**

El importe máximo por persona asegurada/año será de dos millones (2.000.000,00) de euros anuales, exceptuando los límites indicados en algunas garantías.



### **Octava. - REEMBOLSO**

Todos los gastos, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, se reembolsarán al cien por cien. La compañía garantizará el reembolso al 100% de los gastos médicos, tanto hospitalarios como extrahospitalarios o ambulatorios, exceptuando los límites indicados en algunas garantías.

En todo caso, los reembolsos se tendrán que hacer efectivos, en la moneda (de curso legal) en la cual el Titular o beneficiario haya hecho los pagos, en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la adjudicataria reciba la documentación pertinente, siendo a cargo de la adjudicataria todos los gastos que se pudieran ocasionar por el cambio de moneda, y asegurando, en todo caso, que en el momento del reembolso se cubre el importe total de la factura abonada.

Para solicitar el reembolso de los gastos médicos, una vez definido con la Generalitat el flujo de la documentación necesaria a tal efecto se tendrá que remitir a la compañía adjudicataria las facturas de la prestación recibida que tiene que incluir:

- El nombre y los apellidos, así como la fecha de nacimiento del asegurado.
- La denominación exacta de la enfermedad especificada por el médico (diagnóstico) o bien, en su defecto, una descripción del cuadro sintomático
- Cada uno de los actos médicos realizados, con las fechas del tratamiento y los precios concretos.
- Originales de las facturas detalladas y pagadas.
- Cuando se trate de servicios odontológicos, se tendrán que indicar también los dientes tratados o sustituidos y cada prestación llevada a cabo.
- Las prescripciones tendrán que ser presentadas junto con la correspondiente factura del médico, o las facturas correspondientes a los medios de fisioterapia y medios auxiliares.

Si la compañía de seguros ofreciera un cuadro médico concertado en el país de destinación, eso no supondrá una obligación de utilización para los asegurados y beneficiarios que, si lo desean, podrán utilizar otros servicios médicos o de asistencia, en modalidad de reembolso.

En caso de utilización del cuadro médico concertado o recomendado, la compañía garantizará el pago directo de la totalidad (100%) de los gastos incurridos en estos servicios, por su asistencia médica al asegurado, siempre que previamente se identifique como asegurado.

### **Novena. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La adjudicataria facilitará a los beneficiarios el acceso a las prestaciones incluidas en la cláusula cuarta, mediante los procedimientos regulados en el presente pliego con sujeción a los requisitos y especificaciones que para cada tipo de asistencia se estipulan en el mismo.

A tal fin, la Entidad aseguradora facilitará una tarjeta, física o virtual, individual específica mediante la cual los asegurados podrán acceder a los medios propios o concertados y/o, según el caso, acreditar el derecho a recibir la asistencia sanitaria en la forma y condiciones establecidas en el presente pliego y el contrato. Siempre que sea posible la Entidad aseguradora favorecerá el carácter virtual de esta tarjeta de manera que los



beneficiarios dispongan de acceso a la asistencia sanitaria sin necesidad de disponer de una tarjeta física.

Además, la Entidad aseguradora facilitará al colectivo protegido una guía, física o digital, que la Generalitat podrá supervisar, con la información necesaria para una correcta utilización de sus servicios, así como la relación actualizada por países y localidades de sus delegaciones, sucursales o representantes acreditados. En los casos en que la prestación se lleve a cabo a través de una red concertada de proveedores asistenciales, la Entidad aseguradora proporcionará al colectivo destinado/residente en el referido país, una guía específica con las indicaciones para que dispongan de toda la información necesaria para el acceso y utilización de la mencionada red. Siempre que sea posible se dará preferencia en el acceso telemático a las guías mencionadas procediendo al envío físico, con carácter residual, en aquellos casos y países en los cuales sea difícil acceder a la información de otra forma.

Prestaciones que necesitan de autorización previa por parte de la compañía aseguradora:

- Servicios hospitalarios programados
- Trasplante de órganos
- Curas paliativas
- Maternidad y recién nacidos
- Tratamientos dentales
- Tratamientos psiquiátricos
- Tratamientos quiroprácticos, homeopáticos, osteopáticos, acupuntura, etc. cuando tengan una duración superior a 5 días.

#### **Décima. - EXCLUSIONES**

Únicamente se aplicarán, como máximo, las siguientes exclusiones de cobertura:

- Las consecuencias de los daños causados directa o indirectamente por la mala fe del asegurado, por la participación en actos delictivos, o por las acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
- Participación directa del asegurado en duelos, carreras, apuestas, desafíos o peleas, siempre que en este último caso no haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Los actos fraudulentos o provocados intencionadamente por el Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos, así como el suicidio o la tentativa de suicidio.
- Cualquier ingreso hospitalario, operación quirúrgica, prueba diagnóstica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por un médico.
- Tratamientos destinados a solucionar problemas de esterilidad ni estudiar el tratamiento de la impotencia sexual.



- Tratamientos proporcionados con la única intención de mantener al asegurado con vida y que no se traducirán en la recuperación, como en el caso de las máquinas de soporte vital.
- Diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con finalidades puramente estéticas o cosméticas, los cuidados de rejuvenecimiento, desintoxicación, uñas, implantes capilares, ni las gimnasias y terapias de mantenimiento.
- Hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria.
- La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.
- Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación apuestas y competiciones y de la practica como profesional de actividades de alto riesgo.
- Cirugía de cambio de sexo.
- Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.
- Enfermedades y accidentes, así como sus consecuencias, atribuibles a la energía nuclear, así como las causadas por armas biológicas o químicas.

#### **Undécima. - MEJORAS COMPLEMENTARIAS**

Las mejoras complementarias a que hace referencia el Pliego de Condiciones Administrativas pueden versar entre otros, las siguientes:

1. Aumento de la edad límite en la incorporación y permanencia en la póliza
2. Aumento de límites de indemnización y número de sesiones de las garantías aseguradas
3. Aumento del capital global asegurado.
4. Ampliación cobertura dental y visual.
5. Ampliación periodo de preaviso de rescisión de contrato.
6. Reducción de los plazos de reembolso (de 30 días establecido en la prescripción octava).

Las mejoras ofrecidas serán calificadas por la mesa de contratación en función de su utilidad e interés, y quedarán descartadas aquellas que no supongan realmente una mejora sobre las condiciones establecidas en el pliego técnico.

**Duodécima. - GESTIÓN DE LA PÓLIZA**

1. Con la finalidad de un adecuado seguimiento, la Entidad aseguradora proveerá a la Generalitat de Catalunya de la información necesaria para la evaluación del servicio, su planificación futura y toma de decisiones, facilitando todos los datos sobre los servicios prestados a los Titulares y beneficiarios. La Entidad dispondrá de triple sistema de información:

- Sistema de información asistencial

Que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los Titulares y beneficiarios de la Generalitat de Catalunya y el país donde se ha producido la asistencia. La Entidad aseguradora facilitará los datos sobre actividad asistencial de cada trimestre natural mediante su remisión, en soporte informático, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del periodo correspondiente. Que permita conocer el número de gestiones realizadas para la ejecución y cumplimiento del contrato. La Entidad facilitará a la Generalitat de Catalunya los datos sobre la gestión de cada trimestre natural mediante su remisión, en soporte informático, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del periodo correspondiente.

- Sistema de información sobre los medios ofrecidos

La información de los medios propios y concertados que la Entidad aseguradora ofrece para prestar el servicio se enviará en formato electrónico a la Generalitat de Catalunya anualmente. La remisión del soporte electrónico conteniendo la mencionada información se efectuará por la Entidad aseguradora antes del 1 de septiembre del año anterior a que se refiera la información. Una vez formalizada la adjudicación, la aseguradora proporcionará esta información en el más breve plazo, y en la/las posteriores renovaciones en la fecha prevista del 1 de septiembre en vistas al siguiente ejercicio.

- Información de Siniestralidad (*servicios prestados*)

La compañía adjudicataria tendrá que facilitar con una periodicidad trimestral un informe detallado de los servicios prestados por países informando del número de servicios médicos atendidos por especialidades, cuantificando los mismos. El Informe de siniestralidad, en formato Excel o similar, incluirá, con carácter mínimo, la siguiente información:

- Porcentaje de siniestralidad (siniestros / primas).
- Gastos asistenciales desglosados por tipo de asistencia: Atención primaria, Servicio permanente de urgencias, Hospitalización, Especialidades, Medios de diagnóstico, Tratamientos especiales, Prótesis e implantes.

Asimismo, la compañía adjudicataria presentará un informe anual con los resultados obtenidos en cada anualidad de vigencia del contrato, con anterioridad al



vencimiento de la anualidad y en un plazo máximo de dos meses de cada periodo que contendrá de forma global toda la información relativa a los servicios prestados a través de la póliza (resumen informes trimestrales).

2. La Entidad aseguradora tendrá la obligación de garantizar que los historiales médicos individuales se conservarán en las condiciones que garanticen su autenticidad, integridad, confidencialidad, preservación y el correcto mantenimiento de la información registrada, durante el tiempo en que sea obligatorio conservarla (mínimo 5 años).
3. Las comunicaciones de altas y bajas de asegurados en el colectivo objeto de cobertura serán tramitadas por el usuario o usuaria Departamental de la aplicación TRAMAS, que es la herramienta de tramitación de suplementos de seguros de la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro de la Generalitat de Catalunya. La carga de los suplementos a la aplicación telemática en cuestión la efectuará el servicio de mediación, que es el usuario autorizado.

Con el fin de facilitar el acceso a las personas dadas de alta a las prestaciones objeto de esta cobertura de seguros, la adjudicataria entregará electrónicamente al servicio de mediación de la Generalitat tarjeta individual específica para cada asegurado, a los efectos de su carga a la mencionada aplicación TRAMAS, o para su envío por correo electrónico. Se favorecerá el carácter virtual de la tarjeta, de la misma forma que se dará preferencia en el acceso telemático del resto de documentación y/o información que pueda entregar a la adjudicataria (guías con información de servicios de medios propios, de medios concertados, guías específicas para el uso de estas redes en los países de destinación de los asegurados, etc.)

De la misma forma las modificaciones referentes a cambio prolongado de país de destinación, que afecten a las personas dadas de alta se tendrán que comunicar a través de la aplicación TRAMAS.

4. Los importes de prima relacionados en la póliza en función del número de personas aseguradas inicialmente serán objeto de regularización en tanto que el colectivo incluido en la misma fueran objeto de incrementos y/o disminuciones durante la anualidad en curso.

Las regularizaciones de altas, bajas, y modificaciones -que tengan incidencia en las primas- se harán al vencimiento de la póliza, y trimestralmente se hará una revisión de seguimiento. Se entregará a la Subdirección General de Riesgos y Seguros la regularización definitiva de la anualidad, conjuntamente con el recibo correspondiente, durante el mes de enero del año siguiente.

5. El asegurador pondrá a disposición permanente del asegurado un interlocutor único para la gestión integral de la póliza. También pondrá a disposición a un interlocutor que facilitará un móvil localizable en caso de siniestros graves.

Igualmente, la aseguradora adjudicataria facilitará a la Subdirección general de Riesgos y Seguros en el más breve plazo desde el inicio de efectos de la póliza o de su



renovación anual, todo el caudal de documentación e información que facilitará a los asegurados con el fin de permitir una adecuada utilización de todos sus servicios asistenciales (tal como se ha señalado en el anterior apartado nº 1 referente al 'sistema de información sobre los medios ofrecidos').

6. Participación y soporte técnico en las Sesiones de Contratación Extraordinarias con la aseguradora, que pueda convocar la Subdirección General de Riesgos y Seguros de la Generalitat de Catalunya, con una periodicidad mínima de una sesión anual durante el primer trimestre del año, o cuando se considere necesario, con la participación además del mediador, a los efectos del tratamiento de soluciones de cobertura a nuevas situaciones de riesgo que se pudieran detectar.