

CONVENIO PARA LA ATENCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA FUTURA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA

En y Madrid, a fecha de firma electrónica

REUNIDOS

D. Doña Valle García Sánchez, Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS), nombrada por Decreto 293/2023, de 27 de diciembre (BOJA Extraordinario nº 27 de 27/12/2023) y cuya representación ostenta de conformidad con el artículo 69 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y en ejercicio de las funciones que le atribuye el artículo artículo 12, letra g), del Decreto 198/2024, de 3 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo, cuya denominación ha pasado a ser Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias conforme al Decreto del Presidente 5/2025, de 15 de octubre. por el que se modifica el Decreto del Presidente 6/2024, de 29 de julio, sobre reestructuración de Consejerías.

D CELEDONIO VILLAMAYOR POZO, Director de Operaciones en representación del CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS, entidad pública empresarial, adscrita al Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, en virtud de poder conferido mediante escritura pública, otorgada el 29 de abril de 2024 ante el Notario de Madrid D. Luis Núñez Boluda, con el número 734 de su protocolo.

D^a M^a ARANZAZU DEL VALLE SCHAAN en representación de UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS, UNESPA, Asociación Empresarial del Seguro, constituida al amparo de la Ley 19/1977, de 1 de abril, como Presidenta, en virtud de poder conferido por acuerdo del Comité Ejecutivo de dicha entidad, adoptado en su reunión del 4 de mayo de 2.023, y protocolizado mediante escritura pública otorgada el día 19 de junio de 2023.

Se reconocen capacidad suficiente para obligarse en las respectivas representaciones que ostentan y de común acuerdo

MANIFIESTAN

El Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (en adelante LRCSCVM), regula en sus artículos 113 y 114 los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura que originan las secuelas de los lesionados con motivo de hechos de la circulación y el resarcimiento de los mismos por parte de las entidades aseguradoras a los Servicios Públicos de Salud.

Asimismo, la referida Ley establece la posibilidad de suscribir convenios o acuerdos entre las entidades aseguradoras y los Servicios Públicos de Salud, que faciliten el pago de las prestaciones sanitarias de los lesionados que tengan un carácter vitalicio y se garanticen las mismas a los lesionados.

En virtud de la referida facultad, las partes consideran la necesidad de establecer un convenio específico que regule las relaciones entre las entidades aseguradoras y los Servicios Públicos de Salud, a tenor de lo establecido en el artículo 8 de la LRCSCVM y con arreglo a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, (en adelante LRJSP).

A tal fin, las partes se reconocen capacidad suficiente para obligarse en las respectivas representaciones que ostentan y de común acuerdo convienen las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA. – OBJETO.

1.1.- Objeto

El objeto del Convenio es regular las relaciones entre las partes signatarias para la gestión de la asistencia sanitaria futura, hospitalaria y/o ambulatoria que vaya a ser prestada por los servicios de salud establecida en los artículos 113 y 114 de la LRCSCVM, una vez se produzca la estabilización de las lesiones, en el ámbito de la Sanidad Pública conforme establece esta ley, a lesionados por hechos de la circulación ocasionados por vehículos a motor que, conforme a la legislación vigente, estén obligados a suscribir un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivada de la Circulación de Vehículos a Motor. Asimismo, se establece la compensación económica por dichas prestaciones sanitarias de carácter finalista para la víctima (anexo I).

La asistencia sanitaria futura se prestará por los Servicios Públicos de Salud de acuerdo con lo previsto en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. No estarán incluidos, en ningún caso, en la aplicación del presente Convenio los importes de las prótesis y órtesis a los que se refieren el artículo 115 ni los gastos correspondientes a la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria del artículo 116 de la LRCSCVM, que serán resarcidos directamente al lesionado. En relación con lo anterior, en su caso, se informará a los Servicios Públicos de Salud de que la entidad aseguradora ha resarcido o está resarcido al lesionado por los conceptos indemnizatorios previstos en los artículos 115 y 116 de la LRCSCVM.

Las entidades aseguradoras deberán incluir en la oferta motivada y en la documentación entregada al lesionado una mención expresa sobre este aspecto.

En caso de que los Servicios Públicos de Salud presten asistencia sanitaria de la misma naturaleza, tendrán derecho a reclamar el coste de las prestaciones realizadas al lesionado, siempre que haya sido indemnizado por este concepto de acuerdo con lo establecido en los artículos 115 y 116 de la LRCSCVM.

No está incluido en el ámbito de este Convenio la asistencia sanitaria futura prestada por las mutuas de trabajo como consecuencia de hechos de la circulación.

1.2.- Ámbito territorial

El presente Convenio se aplicará a los lesionados cuya asistencia futura se preste en los centros sanitarios de los servicios públicos adheridos al presente Convenio según lo establecido en el artículo 114 de la LRCSCVM.

1.3.- Tarifa aplicable-

Las compensaciones anuales aplicables a las prestaciones de gastos de asistencia sanitaria futura para cada uno de los ejercicios en los que será de aplicación el convenio serán, las que de conformidad con el artículo 49.2 de la LRCSCVM, figuren en los anexos de condiciones económicas correspondientes a cada ejercicio.

1.4.- Vigencia

El presente Convenio se aplicará a las asistencias sanitarias derivadas de lesiones estabilizadas que sean consecuencia de hechos de la circulación ocurridos entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2029.

La asistencia sanitaria futura derivada por accidentes ocurridos hasta el 31 de diciembre de 2025 se liquidará con arreglo a las estipulaciones del convenio de asistencia sanitaria futura vigente en la fecha del accidente. La asistencia sanitaria futura que se corresponda con lesiones con fecha de estabilización posterior a 31 de diciembre de 2029 serán satisfechas con arreglo a las tablas de condiciones económicas del Convenio vigente a esa fecha.

Este Convenio podrá ser objeto, antes de su conclusión y por acuerdo unánime de las partes, de prórroga expresa por un periodo de hasta cuatro años adicionales, de conformidad con la letra h) del artículo 49 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

SEGUNDA. – HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO.

2.1.- Hechos sujetos.

Las estipulaciones y compensaciones de este Convenio se aplicarán a las prestaciones sanitarias realizadas, una vez se produzca la estabilización de las lesiones, a los lesionados por hechos de la circulación ocasionados por un vehículo a motor cubierto por un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivada de la Circulación de Vehículos de Motor en aplicación de la LRCSCVM y artículos 113 y 114 de esta Ley.

2.2.- Secuelas en las que será de aplicación el convenio.

Las secuelas que darán lugar a la aplicación del Convenio serán las previstas en la tabla 2.C.1 de la LRCSCVM salvo modificación normativa en cuyo caso se deberá actualizar mediante la firma de la correspondiente adenda.

En los supuestos de existencia de más de una secuela incluida en un mismo grupo anatómico funcional, definido en la tabla 2.C.1 de la LRCSCVM, solo se contemplará la secuela mayor de los siguientes grupos:

- I. Secuelas motoras sensitivas de origen central y medular.
- II. Secuelas motoras y sensitivo motoras de origen periférico.
- III. Trastornos cognitivos y daño neuropsicológico
- IV. Sistema ocular

- V. Sistema auditivo
- VI. Sistema osteoarticular
- VII. Amputación de extremidad superior
- VIII. Amputación de extremidad inferior
- IX. Sistema cardiaco y respiratorio
- X. Sistema digestivo
- XI. Sistema urinario
- XII. Sistema reproductor

En el caso de que una persona presente varias secuelas que pertenezcan a diferentes a grupos anatómicos funcionales distintos se aplicará la siguiente regla para calcular la indemnización:

1. De la secuela más grave: Se indemnizará por el valor completo de la secuela más grave entre todas las que el lesionado haya sufrido.
2. Del resto de secuelas: Para las secuelas que afectan a los otros grupos anatómicos funcionales, se indemnizará el 70% del importe correspondiente a la secuela mayor dentro de cada uno de esos grupos.
3. El importe máximo resarcible es el fijado por la tabla 2.C.1 actualizada para este tipo de gastos.

2.3.- Determinación de las secuelas y de la fecha de estabilización.

- a) En el caso que se hubiera emitido una oferta motivada por la entidad aseguradora o el CCS y esta sea aceptada por el lesionado, las secuelas que determinan la compensación por los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura y la fecha de estabilización serán las que, se establezcan en la oferta motivada regulada por el artículo 7 de la LRCSCVM.
- b) Hasta la aceptación de la OM por el lesionado las partes podrán acordar el pago de la asistencia sanitaria futura sin perjuicio de la posibilidad de regularización posterior en función de la OM aceptada.
- c) En caso de no conformidad del lesionado, las discrepancias se resolverán por informe médico forense aceptado por el perjudicado o por lo establecido en sentencia judicial firme conforme al procedimiento del art 7.8 de la LRCSCVM.
- d) En caso de detectar por parte del Servicio de Salud o de la entidad errores manifiestos en relación con los datos aportados se podrá solicitar la rectificación que corresponda aportando la información o documentación que lo justifique.

En el caso que no se hubiera emitido una oferta motivada, transcurridos 90 días desde la fecha de estabilización, la entidad aseguradora obligada a anticipar el pago, a los únicos efectos de la aplicación de este Convenio, realizará un informe provisional de valoración de las secuelas que pudieran dar lugar a gasto médico futuro, sin perjuicio de su posterior regularización de acuerdo con la estipulación sexta.

Una vez establecidas las secuelas y las correspondientes compensaciones económicas de las mismas, solo podrán revisarse por la alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación o por la aparición de daños sobrevenidos.

2.4.- Determinación del obligado al pago. –

Criterios Generales. - El artículo 83 de la Ley General de Sanidad establece que los Servicios Públicos de Salud tendrán derecho a reclamar, del tercero responsable, el coste de los servicios prestados en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago.

Por otro lado, la LRCSCVM requiere la previa determinación del responsable para que nazca la obligación de resarcir los daños causados.

2.4.1 Comunicación y apertura del expediente.

Cuando se determine una secuela susceptible de gasto sanitario futuro, la entidad aseguradora que entienda acreditada su responsabilidad ya sea en su totalidad o en el mayor porcentaje, en casos de concurrencias de culpas, procederá a la comunicación del expediente al Servicio de Salud a través del servicio de TIREA CAS, en un plazo no superior a 90 días desde la emisión de la oferta motivada de indemnización establecida en el artículo 7.2 de la LRCSCVM.

Se procederá, asimismo, a la apertura del expediente informativo en el mismo plazo, cuando la entidad aseguradora emita una respuesta motivada basada en la no responsabilidad o en la culpa exclusiva de la víctima conforme al apartado 2.4.4, lo cual significa que no va a asumir el pago de la prestación.

Por último, también se procederá a la comunicación y apertura del expediente cuando exista una resolución judicial firme.

2.4.2. Determinado el obligado al pago.

La entidad que hubiera comunicado y abierto el expediente según lo establecido en el apartado 2.4.1, procederá al pago de la prestación correspondiente al Servicio de Salud.

En los supuestos de intervención de un único vehículo las entidades aseguradoras se obligan al pago de las prestaciones sanitarias futuras que precisen los ocupantes del vehículo con la excepción de las del conductor.

En caso de concurrencia de culpas, la entidad que hubiera asumido el pago podrá regularizar posteriormente con las entidades co-responsables según lo que se establezca en el Protocolo de regularizaciones entre entidades contemplado en el apartado 2.4.9.

2.4.3. No determinación del obligado al pago.

Si transcurridos 90 días desde la fecha de estabilización del lesionado o emisión de la oferta motivada, no hubiera podido establecerse la entidad o entidades aseguradoras obligadas al pago, se actuará conforme a las siguientes reglas subsidiarias:

A. Siniestros en que participe más de un vehículo. -

En estos siniestros se abonarán por cada entidad aseguradora las prestaciones sanitarias futuras correspondientes a las víctimas ocupantes del vehículo que aseguren con la excepción del conductor.

En cuanto a los conductores, en el caso de colisiones de dos o más vehículos, la entidad obligada al pago del gasto sanitario futuro será la entidad que colisiona en primer lugar con el vehículo donde viajaba el conductor lesionado

B. Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes. -

Las prestaciones de asistencia sanitaria futura a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes, serán abonadas por la entidad aseguradora del vehículo que impacta directamente y en primer lugar con el lesionado.

2.4.4. Exclusión por la culpa exclusiva del lesionado o por conductor responsable.

Está excluida la asistencia sanitaria futura del conductor en los supuestos de intervención de un único vehículo, así como la del conductor responsable en colisiones de dos o más vehículos.

Por otra parte, los supuestos en los que haya una culpa exclusiva del lesionado en los que la entidad ha procedido al rehúse mediante respuesta motivada de no responsabilidad, deberá comunicarlo al servicio de salud en un plazo máximo de 90 días desde la fecha del rechazo documentando el mismo.

El servicio de salud podrá pedir las aclaraciones que considere oportunas al interlocutor de la entidad.

2.4.5 Concurrencia de seguros.

En los supuestos de concurrencia de seguros (varios seguros vigentes en un mismo vehículo) iniciará el dialogo la entidad aseguradora del vehículo con fecha de seguro más reciente, y, en su caso, estará obligada al pago, regularizando el importe con las otras entidades responsables con posterioridad.

2.4.6 Concurrencia de culpas.

Las compensaciones aplicables a las prestaciones que figuran en el anexo I de condiciones económicas han tenido en cuenta la existencia de los casos de culpa concurrente de los conductores, ocupantes y peatones no procede en estos supuestos aplicar reducción adicional a la establecida en el Anexo de Tarifa.

2.4.7. Consorcio de Compensación de Seguros.

De acuerdo a lo establecido en la legislación vigente, el Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la entidad aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen declaradas en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al CCS.

En el supuesto de que el vehículo responsable del accidente no dispusiera de seguro de responsabilidad civil o se tratara de un vehículo robado, los gastos de asistencia sanitaria futura de las víctimas, corresponderían al CCS, salvo los del conductor del vehículo responsable o de los ocupantes del mismo en los que el CCS acredite que conocían la situación de no aseguramiento o robo.

2.4.8. Siniestros en que participen vehículos asegurados en entidades aseguradoras no adheridas al convenio.

En caso de intervención de un solo vehículo asegurado en entidad no adherida, no será de aplicación el convenio y en caso de intervención de dos o más vehículos, solamente será de aplicación el convenio respecto a la entidad que, estando adherida al mismo, asuma la responsabilidad del siniestro.

Si la entidad adherida no asume la responsabilidad del siniestro, en el plazo de 90 días desde la fecha de estabilización, informará a los Servicios Públicos de Salud de las entidades aseguradoras y de los vehículos intervinientes, así como del resto de datos identificativos que obren en su poder.

2.4.9. Repetición gastos sanitarios futuros.

Determinada la responsabilidad, las entidades aseguradoras y el CCS podrán reclamarse según las reglas que se establezcan al efecto entre ellas los importes satisfechos a los Servicios Públicos Sanitarios, por los gastos sanitarios futuros satisfechos. Igualmente, las entidades aseguradoras y el CCS se reservan el derecho de repetición de las cantidades que hayan sido abonadas a los Servicios Públicos de Salud en virtud de las reglas contenidas en este convenio, contra aquellas personas físicas o jurídicas ajenas al mismo, que finalmente resultaran responsables en la producción de las lesiones que dieron origen a los gastos sanitarios futuros satisfechos.

En el caso de que sean de aplicación los criterios definidos en el apartado 2.4.3 para la determinación del obligado al pago, las entidades podrán hacer uso del Protocolo de regularización entre entidades.

TERCERA. – DETERMINACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ACREEDOR DEL PAGO.

El Servicio Público de Salud acreedor del pago de la prestación sanitaria futura será al que se encuentre adscrito el lesionado. En caso de no adscripción a un Servicio Público de Salud lo será aquel donde se encuentre su domicilio.

En el caso en que, por razones técnicas sanitarias o por otro motivo dicho Servicio Público de Salud no la preste, rechazará la propuesta y lo comunicará a la entidad aseguradora indicando el motivo del rechazo.

Los Servicios Públicos de Salud para los casos en que no se preste la totalidad de la asistencia futura en un solo servicio se reembolsarán entre los mismos de acuerdo con lo establecido en la adenda del presente convenio.

CUARTA. - FORMA Y MOMENTO DEL PAGO DE LA ASISTENCIA SANITARIA FUTURA.

La aplicación del presente Convenio vendrá definida por la fecha de ocurrencia del accidente y la tarifa aplicable será la que esté vigente en la fecha de estabilización conforme a lo establecido en estipulación de 1.4 de Vigencia. -Se establece, como criterio general, la fórmula del pago único.

Para su cálculo se multiplicará la compensación anual establecida en el anexo I de condiciones económicas correspondiente a la secuela objeto de tratamiento sanitario futuro por el coeficiente actuarial de conversión que le corresponde al lesionado en función de su edad a la fecha de estabilización de las secuelas de la tabla técnica (TT1) de la LRCSCVM.

El pago se realizará en un plazo no superior a 30 días en el momento en que, una vez estabilizadas las lesiones sea aceptado por el Servicio de Salud correspondiente el importe de la compensación económica a percibir descrito en la propuesta y se haya notificado la correspondiente factura.

En el supuesto de que el Servicio de Salud no se esté conforme con la valoración de la secuela y consecuentemente con el importe de la misma, éste deberá ponerlo en conocimiento de la Comisión de Vigilancia para su pronunciamiento que será de obligado cumplimiento para las partes. En el supuesto en que cualquiera de las partes detectase errores de cálculo del sistema de la herramienta, estos podrán subsanarse durante la tramitación, o si no fuese posible se podrá reaperturar en su caso el expediente en un plazo máximo en el plazo no superior a 4 años desde su cierre, justificando y documentando dicho error.

QUINTA. - NORMAS DE PROCEDIMIENTO.

Las partes firmantes del Convenio se someten a las siguientes normas de procedimiento, que regulan las actuaciones de las mismas, derivadas de una prestación sanitaria futura a un lesionado en accidente de tráfico:

1.- La gestión es iniciada por la entidad aseguradora:

Una vez realizada la oferta motivada que incluya secuela de asistencia sanitaria futura (aceptada o no) en cumplimiento del art. 7 LRCSCVM, la entidad aseguradora o el CCS en el plazo máximo de 90 días estará obligada a comunicar al Servicio de Salud que conforme a las normas de convenio se hará cargo por criterios de responsabilidad del pago del gasto sanitario futuro.

En caso de aceptación por parte del Servicio de Salud de los términos propuestos por la entidad aseguradora, éste la notificará a la entidad aseguradora en el plazo máximo de 60 días, debiendo hacerse efectiva la misma, por la aseguradora o el CCS, en los siguientes 30 días.

En caso de disconformidad por parte del Servicio de Salud se acudirá a la Comisión de Vigilancia para su pronunciamiento de obligado cumplimiento.

2.- La gestión es iniciada por el Servicio de Salud

Alternativamente a las entidades aseguradoras o el CCS, el Servicio de Salud podrá enviar a las entidades aseguradoras intervinientes en el siniestro los datos relativos al accidente que permitan a la misma la identificación del lesionado, y la valoración de las secuelas objeto del gasto sanitario futuro conforme a lo previsto en la estipulación 2ª. Si la entidad aseguradora no responde en un plazo de 60 días, el Servicio de Salud podrá remitir el caso a la Comisión de Vigilancia, que determinará si procede la tramitación del expediente de Gasto Sanitario Futuro. La resolución de esta Comisión será de obligado cumplimiento.

En caso de que la entidad aseguradora manifieste su rechazo dentro del citado plazo, deberá aportar un documento justificativo de su decisión o acreditar la inexistencia del siniestro, así como facilitar la información que obre en su poder relativa al mismo, a fin de que el Servicio de Salud pueda proseguir las actuaciones oportunas sin dilación.

3.- La entidad aseguradora facilitará a los Servicios de Salud la siguiente información:

- La relación detallada de secuelas indemnizadas que correspondan a gastos de asistencia sanitaria futura, incluidas en la oferta motivada o en el informe provisional de valoración de secuelas, especificando la cobertura asociada a cada una de ellas.
- El importe de la compensación económica reconocida en concepto de gasto de asistencia sanitaria futura.
- El desglose de los importes correspondientes a prótesis y órtesis que conste en la oferta motivada aceptada a los que se refieren el artículo 115, así como a la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria del artículo 116 de la LRCSCVM, en caso de haber sido resarcidos directamente al lesionado.

Los plazos indicados en el presente convenio se entenderán establecidos en días naturales.

SEXTA. - REGULARIZACIÓN DE PAGOS.

En los supuestos de aplicación del punto 2.4.3. de la estipulación segunda y en los casos que por sentencia judicial firme o por oferta motivada aceptada se establezca una o más secuelas diferentes a las reconocidas en la oferta motivada provisional, se procederá a la regularización a favor del servicio de salud en la cuantía que corresponda.

En estos casos los expedientes continuaran abiertos en el aplicativo CAS-TIREA hasta la recepción de la documentación justificativa de las secuelas reconocidas pudiendo rectificar los datos que correspondan y facilitando la tramitación en su caso.

SÉPTIMA. - COMISIÓN DE VIGILANCIA.

7.1.- Comisión de Vigilancia. –

Las partes suscriptoras del presente Convenio, constituirán una Comisión de Vigilancia de carácter nacional (en adelante la Comisión), como órgano para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de este Convenio, excepto en la determinación de la responsabilidad en el accidente, otorgando a dicha Comisión plena competencia sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de las partes adheridas al Convenio.

La Comisión estará integrada por un máximo de tres representantes designados por cada Servicio de Salud y por Consorcio de Compensación de Seguros, UNESPA podrá designar un máximo de seis representantes. En su caso, las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos.

La Comisión se reunirá al menos una vez al año y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días.

La Comisión estará presidida alternativamente por una de las partes, debiendo actuar, al mismo tiempo, como Secretaría de dicho órgano.

La Comisión podrá acordar la constitución de subcomisiones de ámbito territorial para cada servicio de salud de composición tripartita y cuyos miembros serán igualmente designados por cada una de las partes.

7.2.- Funciones de la Comisión. Serán sus funciones las siguientes:

- 1) Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.
- 2) Dirimir los desacuerdos surgidos entre las entidades aseguradoras o el CCS y los Servicios de Salud.
- 3) Establecer los controles oportunos para velar por el correcto funcionamiento del convenio.
- 4) La constitución de subcomisiones de ámbito territorial.
- 5) Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio. En caso de incumplimiento reiterado de las obligaciones establecidas en el presente Convenio, se dejará constancia en acta y se informará a la Comisión Técnica de Automóviles.

7.3.- Resoluciones de la Comisión. –

Las partes firmantes de este Convenio y sus respectivas representadas se obligan a someter las diferencias que en el ámbito del mismo puedan surgir, así como negativas o demoras en el pago de las compensaciones, a la valoración y resolución de la Comisión de Vigilancia. La Comisión actuará a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente Convenio, y de acuerdo con la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

No se podrá acudir a procedimientos administrativos o judiciales de ejecución hasta que no exista un pronunciamiento expreso de la Comisión, la cual adoptará los acuerdos pertinentes en un plazo máximo de 6 meses desde la fecha en que fueron tratados en Comisión los asuntos que se le sometan. Transcurrido este plazo sin el citado pronunciamiento expreso, las partes representadas quedarán liberadas de la prohibición expresada al principio de este párrafo, al objeto de que se inicien cuantas acciones consideren oportunas en defensa de sus derechos.

Las resoluciones serán de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días desde la firma y notificación del acta, la cual deberá realizarse antes de los 60 días desde la celebración de la Comisión. Transcurrido dicho plazo, el Servicio de Salud podrá reclamarlo por el procedimiento que tenga establecido sin necesidad de más trámites.

Cuando se trate de expedientes en los que no consta ninguna alegación por parte de la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros que justifique el impago, el interés se aplicará desde el momento de la finalización del plazo establecido en la estipulación quinta del Convenio. El tipo de interés, simple, será el interés legal anual más el cincuenta por ciento (50%).

Tendrán carácter vinculante para las partes afectadas y finalizadoras del procedimiento a los efectos de la legislación vigente.

Las decisiones adoptadas por la Comisión lo serán en todo caso por unanimidad.

7.3.1 Interlocutores:

Con la finalidad de analizar discrepancias y facilitar la gestión de tramitación, se nombrarán por cada una de las partes (Servicio de Salud, entidades aseguradoras y Consorcio de Compensación de Seguros) sendos interlocutores, con indicación de correo electrónico y teléfono.

OCTAVA. – INFORMACIÓN.

A los efectos de facilitar la gestión de las entidades intervinientes y, en relación al artículo 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR), los Servicios Públicos de Salud facilitarán el modelo de datos sanitarios relacionados con las secuelas que se establece en el anexo II.

Asimismo, se arbitrarán los procedimientos oportunos para disponer anticipadamente de información que permita establecer previsiones en relación con los lesionados que puedan ser objeto de prestaciones reguladas por este convenio. En la definición de estos procedimientos se considerará su viabilidad organizativa, su relación coste/efectividad y las prescripciones legales sobre la protección de datos de carácter personal.

Con el objeto de cumplir con las prescripciones enunciadas en el párrafo anterior, se definirán las pautas técnicas oportunas en el entorno CAS que permitan establecer, a partir de la información introducida para la gestión de la facturación de las prestaciones realizadas a accidentados con lesiones temporales, las alertas proporcionadas sobre aquellos casos que pudieran resultar afectados por secuelas que requieran asistencia sanitaria futura.

Igualmente se definirán en el entorno CAS los procedimientos de comunicación a las entidades aseguradoras intervinientes en el siniestro y a los Servicios de Salud implicados en relación con estos casos.

NOVENA. - PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

9.1.- Publicidad.

Las partes suscriptoras del presente Convenio se comprometen a dar la publicidad y difusión necesaria del mismo, para su general conocimiento y cumplimiento.

9.2.- Comunicaciones.

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Servicios Públicos de Salud como de las entidades aseguradoras y el CCS, que sean consecuencia de las actuaciones previstas en el presente convenio, se realizarán a través del sistema CAS.

El sistema CAS es un procedimiento de gestión informatizado de comunicación, tramitación y pago de las prestaciones sanitarias realizadas en el marco del Convenio.

El uso del sistema CAS y el tratamiento de los datos personales derivados de las actuaciones contempladas en este convenio se ajustarán a lo establecido en los artículos 146 y 147 de la LRCSCVM en lo que resulte de aplicación.

En particular:

- El tratamiento de datos personales durante la vigencia del seguro y para la valoración, gestión y tramitación de los siniestros se sujetará a lo previsto en el artículo 146.
- El tratamiento de datos de salud en caso de siniestro se limitará a lo estrictamente necesario, conforme al artículo 147, con pleno respeto a la normativa de protección de datos y las garantías adicionales aplicables a los datos especialmente protegidos.

9.3.- Información clínica.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), y con la estipulación tercera de este Convenio, todas aquellas personas que puedan tener acceso a datos de carácter personal relacionado con la

salud vienen obligadas al deber de confidencialidad, a cuyos efectos, las partes firmantes vigilarán de su cumplimiento.

Las cesiones de datos derivadas de la aplicación del Convenio para el pago de las prestaciones sanitarias no requerirán el consentimiento de las personas lesionadas, cuando el parte de asistencia es cedida a la entidad obligada al pago, conforme se establece en el artículo 99 de la LOSSEAR al amparo del artículo 9.2 (g) del Reglamento General de Protección de Datos. En cualquier caso, toda comunicación de datos realizada al amparo del Convenio se sujetará a aquellos que sean los adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con la finalidad de la comunicación.

Los centros sanitarios que atiendan al lesionado proporcionarán información al lesionado acerca del tratamiento y base jurídica del tratamiento para que su información clínica relacionada con el pago de la prestación sanitaria sea trasladada, a efectos del tratamiento, a las Entidades Aseguradoras o al CCS de los vehículos implicados en el siniestro, todo ello de conformidad con lo previsto en el Reglamento General de

Protección de Datos.

Asimismo, y en relación con la protección de datos de carácter personal, en el seno de Comisión de Vigilancia establecida en el Convenio, se abordará el tratamiento de casos particulares sin facilitar datos personales de los lesionados. A estos efectos, se incluirán las medidas técnicas y organizativas de seudonimización de los datos personales destinadas a garantizar que los datos personales no puedan atribuirse a una persona física identificada o identificable.

Las partes se obligan expresamente en el acceso, cesión o tratamiento de datos de carácter personal a respetar los principios, disposiciones y medidas de seguridad previstas en la LOPDGDD y en el reglamento que la desarrolle, así como lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

Por último, en virtud de lo establecido en los artículos 145, 146 y 147 de la LRCSCVM y de lo establecido en el art. 99 de la LOSSEAR que regulan respectivamente: el tratamiento de los datos personales en el momento de la celebración de contrato de seguro; el tratamiento durante la vigencia del seguro y mientras subsistan las obligaciones del mismo para valoración, gestión y tramitación de hechos de la circulación, y para el tratamiento de los datos de salud en caso de hechos de la circulación; las partes se comprometen a cumplir estas disposiciones, incluida la adopción de las medidas específicas de protección, transparencia, derechos de los interesados y confidencialidad exigidas por la normativa vigente.

DÉCIMA. - ALTAS Y BAJAS.

Las altas y bajas de Servicios Públicos de Salud y Entidades Aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio se tramitarán a través de la Comisión de Vigilancia, debiendo ser notificadas por ésta, al resto de las partes. Las entidades aseguradoras se comprometen a comunicar a la Comisión, las fusiones, absorciones, cambios de domicilio social y demás variaciones en su situación jurídica que afecten al funcionamiento del Convenio. La fecha de estas comunicaciones determinará las correspondientes variaciones en la determinación del obligado al pago, así como en la tramitación de los expedientes de acuerdo con las normas de procedimiento previstas en el Convenio.

UNDÉCIMA. - CAUSAS DE RESOLUCIÓN

El presente convenio podrá resolverse por alguna de las siguientes causas:

- a) Mutuo acuerdo expreso entre las partes.
- b) Imposibilidad sobrevenida y motivada de cumplir el objeto del Convenio.
- c) El incumplimiento acreditado de alguna de las partes.

DUODÉCIMA. – JURISDICCIÓN

Las controversias y diferencias que puedan surgir en relación con la interpretación, ejecución, cumplimiento y extinción, que no puedan solventarse por las partes en el seno de la Comisión prevista en la cláusula séptima del presente Convenio, serán de conocimiento y competencia de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

DECIMOTERCERA. – CUMPLIMIENTO.

Las partes firmantes del presente Convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las cláusulas acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones, así como de los perjudicados amparados por los artículos 113 y 114 de la LRCSCVM.

Asimismo, las partes ponen de manifiesto la importancia que para las víctimas como beneficiarias de la aplicación de la Ley tendrá el cumplimiento del convenio.

Y para que así conste, firman las partes por triplicado y a un solo efecto en el lugar y fecha indicado.

DECIMOCUARTA. - DISPOSICIÓN ADICIONAL

Con arreglo a la modificación publicada en el BOE el 25 de julio de 2025 de la LRCSCVM el seguro obligatorio de responsabilidad civil para vehículos personales ligeros que no estén incluidos en el concepto legal de vehículo a motor será obligatorio desde el 2 de enero de 2026. Las partes se comprometen a regular, en el plazo máximo de un año desde la entrada en vigor de la obligación de aseguramiento, su posible inclusión en el presente Convenio, con las particularidades que se deriven del análisis técnico de dicha regulación.

Firmado por ***8410**
CELEDONIO VILLAMAYOR
(R: ****6011*) el día
21/01/2026 con un
certificado emitido

■7082■
ARANZAZU
DEL VALLE (R:
■5329■

Firmado digitalmente
por ■7082■
ARANZAZU DEL
VALLE (R: ■5329■)
Fecha: 2026.01.22
20:23:35 +01'00'

GARCIA
SANCHEZ MARIA
DEL VALLE -
■8061■

Firmado digitalmente por GARCIA
SANCHEZ MARIA DEL VALLE -
■8061■
Fecha: 2026.01.29 14:32:46 +01'00'

ANEXOS AL TEXTO DEL CONVENIO

Anexo I.- Condiciones económicas

Anexo II.- Modelo de parte de apertura de expediente

Anexo III– Relación de Entidades adheridas

ANEXO I

Aplicable a prestaciones de asistencia sanitaria futura derivadas de accidentes ocurridos desde 1 de enero de 2026 a 31 de diciembre de 2029

Importe máximo anual de la asistencia sanitaria futura según secuela		Año de estabilización de las secuelas:			
Código	Descripción de las secuelas	2026	2027	2028	2029
CAPÍTULO I. SISTEMA NERVIOSO					
A) NEUROLOGÍA					
	1. Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular.				
F 01001	Estado vegetativo permanente.	21.801 €	22.564 €	23.241 €	23.706 €
	Tetraplejia:				
F 01002	• Por encima o igual a C4 (Ninguna movilidad. Sujeto sometido a respirador automático).	36.335 €	37.607 €	38.735 €	39.510 €
F 01003	• C5-C6 (Movilidad cintura escapular).	10.900 €	11.282 €	11.620 €	11.853 €
F 01004	• C7-C8 (Puede utilizar miembros superiores. Posible sedestación).	10.900 €	11.282 €	11.620 €	11.853 €
	Tetraparesia:				
F 01005	• Leve (Balance muscular Oxford 4).	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01006	• Moderada (Balance muscular Oxford 3).	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
F 01007	• Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2).	10.900 €	11.282 €	11.620 €	11.853 €
	Hemiplejia:				
F 01008	Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres y dominancia.	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	Hemiparesia (según dominancia):				
F 01011	• Grave (Balance Oxford 0 a 2).	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	Paraplejia:				
F 01012	• Paraplejia D1.	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
F 01013	• Paraplejia D2-D5.	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
F 01014	• Paraplejia D6-D10.	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
F 01015	• Paraplejia D11-L2.	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
F 01016	• Síndrome Medular Transverso L3-L5.	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
	(La marcha es posible con aparatos, pero siempre teniendo el recurso de la silla de ruedas.)				
	Síndrome de Hemisección Medular (Brown Sequard):				
F 01018	• Moderado.	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01019	• Grave.	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
	Paraparesia de miembros superiores o inferiores:				
	Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres.				
F 01021	• Moderada (Balance muscular Oxford 3).	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01022	• Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2).	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
	Síndrome de cola de caballo:				
F 01024	• Síndrome completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres).	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
	• Síndrome incompleto (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres):				
F 01025	○ Alto (L1 y L2).	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €

Importe máximo anual de la asistencia sanitaria futura según secuela		Año de estabilización de las secuelas:			
Código	Descripción de las secuelas	2026	2027	2028	2029
F 01026	○ Medio (de L3 a L5).	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	Monoplejía de un miembro inferior o superior:				
F 01028	● De miembro superior (según dominancia).	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01029	● De miembro inferior.	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	Monoparesia de miembros superiores o inferiores:				
	Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres.				
F 01032	● Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2).	727 €	753 €	775 €	791 €
	Síndromes extrapiramidales/síndrome Cerebeloso/Ataxia:				
	Según compromiso funcional, motor, nivel de marcha, equilibrio y manipulación.				
F 01034	● Moderado (Posibilidad de la marcha con ortesis).	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01035	● Grave (imposibilidad de la marcha).	7.267 €	7.521 €	7.747 €	7.901 €
	2. Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico				
	2.2 Miembro Superior				
	(La suma resultante por lesión de los nervios de la extremidad superior no puede superar a la monoplejía)				
F 01073	Monoplejía por lesión plexo braquial completa (raíces C5-D1)	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01074	Pleja periférica por lesión plexo braquial (tipo Klumpke - Dejerine) (raíces C7-C8-D1)	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01075	Pleja por lesión plexo braquial (tipo ERB - Duchene) (raíces C5-C6)	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	2.3 Miembro Inferior				
	(La suma resultante por lesión de los nervios de la extremidad inferior no puede superar a la monoplejía)				
	Nervio Ciático (Nervio Ciático Común)				
	Lesión completa - Parálisis				
F 01102	● Lesión proximal completa con afectación de flexores de la corva	727 €	753 €	775 €	791 €
	3. Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico				
	Síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad / alteración de funciones cerebrales superiores integradas.				
F 01136	● Moderado: El síndrome comprende:	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	e) Precisa cierta supervisión de alguna de las actividades de la vida diaria.				
F 01137	● Grave: El síndrome comprende:				

Importe máximo anual de la asistencia sanitaria futura según secuela		Año de estabilización de las secuelas:			
Código	Descripción de las secuelas	2026	2027	2028	2029
	e) Restricción en el hogar o en un centro con supervisión continuada.	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01138	• Muy grave: El síndrome comprende:	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	Trastornos del lenguaje - Trastornos de la comunicación:				
F 01143	• Afasia grave con jergonofasia, alexia y trastornos de la comprensión	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	• Epilepsia con trastorno de la conciencia - generalizadas y parciales complejas:				
F 01149	◦ Epilepsia difícilmente controlada, con crisis (más de tres al año)	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01150	◦ Epilepsia no controlable, refractaria a tratamiento y objetivable mediante Holter-EEG, con crisis casi semanales.	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 01151	◦ Epilepsia no controlable, refractaria a tratamiento y objetivable mediante Holter-EEG, con crisis casi diarias.	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
CAPÍTULO II. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS / CARA / CUELLO					
A) SISTEMA OCULAR					
	Globo ocular				
F 02001	• Enucleación de un globo ocular	1.074 €	1.112 €	1.145 €	1.168 €
F 02002	• Enucleación de ambos globos oculares	3.580 €	3.705 €	3.816 €	3.893 €
F 02005	• Ceguera	3.580 €	3.705 €	3.816 €	3.893 €
	Escotoma central:				
F 02007	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Hemianopsias				
	• Heterónimas:				
F 02010	◦ Nasal	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
B) SISTEMA AUDITIVO					
F 02028	Pérdida de la agudeza auditiva.	727 €	753 €	775 €	791 €
1. SISTEMA OSTEOARTICULAR					
	Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación):				
F 02045	• Afectación completa de hueso basal de una hemiarcada y parcial de la otra	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
2. BOCA					
	Lengua:				
	• Amputación:				
F 02056	◦ Más del 50%	727 €	753 €	775 €	791 €
CAPÍTULO III. SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO					
D) EXTREMIDAD SUPERIOR					
1. Amputaciones					
	Desarticulación del miembro superior / Amputación del hombro:				
F 03022	• Unilateral:	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03023	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €

Importe máximo anual de la asistencia sanitaria futura según secuela		Año de estabilización de las secuelas:			
Código	Descripción de las secuelas	2026	2027	2028	2029
	Amputación del brazo				
F 03024	• Unilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03025	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Amputación del antebrazo				
F 03026	• Unilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03027	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Amputación de mano (carpo y/o metacarpo):				
F 03029	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Amputación transmetacarpiana con conservación del pulgar				
	E) EXTREMIDAD INFERIOR				
	1. Amputaciones				
	Desarticulación del miembro inferior / Amputación a nivel de cadera:				
F 03132	• Unilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03133	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Muslo:				
F 03134	• Unilateral, a nivel diafisario o de la rodilla	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03135	• Bilateral, a nivel diafisario o de la rodilla	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Pierna:				
F 03136	• Unilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03137	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Tobillo a nivel tibio-tarsiana:				
F 03139	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
	Pie a nivel tarso y/o metatarso:				
F 03140	• Unilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 03141	• Bilateral	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
CAPÍTULO IV. SISTEMA CÁRDIO-RESPIRATORIO					
	A) CORAZÓN				
	Insuficiencia cardíaca:				
F 04003	• Grado III: Disnea al realizar pequeños esfuerzos (Fracción de Eyección: 40% al 30%)	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 04004	• Grado IV: Disnea al menor esfuerzo e incluso en reposo (Fracción de Eyección: <30%)	1.090 €	1.128 €	1.162 €	1.185 €
F 04005	Agravación de insuficiencia cardíaca previa (se deberá valorar el diferencial de agravación)				
	3. Función respiratoria (Insuficiencia respiratoria)				
	Insuficiencia respiratoria:				
F 04016	• Disnea para esfuerzos importantes con alteración menor de los tests funcionales				

Importe máximo anual de la asistencia sanitaria futura según secuela		Año de estabilización de las secuelas:			
Código	Descripción de las secuelas	2026	2027	2028	2029
F 04019	• Disnea tipo III: al caminar en terreno llano a su propio ritmo con CV o CPT entre 50 y 60%; o bien VEMS entre 40 y 60%; o bien hipoxemia en reposo (PaO ₂) entre 60 y 70mm Hg.	727 €	753 €	775 €	791 €
F 04020	• Disnea tipo IV: al mínimo esfuerzo con CV o CPT inferior a 50%; o bien VEMS inferior a 40%; o bien hipoxemia en reposo (PaO ₂) inferior a 60 mm Hg., asociada o no a un trastorno de CO ₂ (PaCO ₂); con posible limitación derivada de una oxigenoterapia de larga duración	727 €	753 €	775 €	791 €
CAPÍTULO VI. SISTEMA DIGESTIVO					
C) INTESTINO DELGADO Y GRUESO					
F 06013	• Necesita un seguimiento médico frecuente, tratamiento constante, limitación dietética estricta y presenta repercusión del estado general.	727 €	753 €	775 €	791 €
F 06014	• Síndrome de malabsorción con necesidad de alimentación parenteral permanente	727 €	753 €	775 €	791 €
F 06015	Ostomías (colostomía e ileostomía)	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
F 06016	Incontinencia con o sin prolapso	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
D) HÍGADO Y VÍAS BILIARES					
Alteraciones hepáticas:					
F 06020	• Grave (alteración severa de la coagulación, citolisis y colestasis)	727 €	753 €	775 €	791 €
CAPÍTULO VII. SISTEMA URINARIO					
A) RIÑÓN					
Nefrectomía:					
F 07002	• Nefrectomía bilateral	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €
	Insuficiencia renal (FG corresponde a Filtrado Glomerular) (estimación del grado de insuficiencia renal, se mide en mililitros/minutos)				
F 07006	• Grado IV: FG 29-15 ml / min.	727 €	753 €	775 €	791 €
F 07007	• Grado V: FG < de 15 ml / min.	727 €	753 €	775 €	791 €
F 07008	• Grado VD: necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante renal).	727 €	753 €	775 €	791 €
CAPÍTULO VIII. SISTEMA REPRODUCTOR					
B) APARATO GENITAL MASCULINO					
F 08007	Desestructuración del pene (incluye disfunción eréctil)	3.634 €	3.761 €	3.874 €	3.951 €

ANEXO II

CONVENIO MARCO PARA LA ATENCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA FUTURA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA COMUNICACIÓN GASTOS ASISTENCIA SANITARIA FUTURA (GSF)

1. Datos del siniestro

Fecha de ocurrencia: _____ Lugar de ocurrencia: _____

2. Lesionado

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Condición del
lesionado: _____ Vehículo respecto al cual ostenta esta condición:

Fecha de estabilización: _____ Secuelas (Según Tabla 2.C.1 LRCSCVM):

- Código de secuela: _____ Secuela: _____

- Código de secuela: _____ Secuela: _____

- Código de secuela: _____ Secuela: _____ (...)

Servicio de Salud de origen (en caso de ser distinto): _____

3. Entidad aseguradora (EA):

Nombre/Razón social EA: _____ Datos Vehículo
asegurado:

Matrícula: _____ Nº de Póliza _____ REF Siniestro

EA: _____ tramitador _____ Teléfono: _____

Email: _____

4. Determinación Obligado al pago:

Responsabilidad GASF: ☐

Aplicación de Normas Subsidiarias GASF : ☐

Entidad responsable del GASF según normas subsidiarias:

Nombre/Razón social: _____

Nombre del asegurado: _____

Matrícula vehículo: _____ Nº de Pólizas: _____

ANEXO III

Entidades adheridas al Convenio de asistencia sanitaria futura en el ámbito de la sanidad pública

Relación de entidades aseguradoras adheridas a la fecha de la firma del Convenio. No obstante la relación de entidades aseguradoras actualizada se podrá consultar en la Web del CCS y en la Web de UNESPA

Código C.I.F. Entidad Dirección

C0805 A87987822 ADMIRAL EUROPE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.U. (AECS)
RODRÍGUEZ MARÍN, 61 - 1ª PLANTA 28016 MADRID MADRID

C0109 A28007748 ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
RAMÍREZ DE ARELLANO, 35 - pl. 6 28043 MADRID

E0247 W0115165C ALLIANZ DIRECT VERSICHERUNGS-AG, SUCURSAL EN
ESPAÑA RAMÍREZ DE ARELLANO, 35 28043 MADRID MADRID

M0328 G28177657 A.M.A., AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, MUTUA DE
SEGUROS APF VÍA DE LOS POBLADOS, 3 28033 MADRID

C0001 A37001369 ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. DE SEGUROS - ASEGRUP
ALAMEDA 32, BAJO. 15003 A CORUÑA

C0723 A60917978 AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y
REASEGUROS EMILIO VARGAS, 6 28043 MADRID

C0767 A64194590 BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA
DE SEGUROS Y REASEGUROS C/ ISABEL COLBRAND, 22 (EDIF. C- LAS TABLAS) 28050
MADRID

C0026 A48001648 BILBAO, C.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS PASEO DEL
PUERTO, 20 48992 NEGURI GETXO VIZCAYA

C0031 A28013050 CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y
REASEGUROS, S.A. (CASER) AVDA. DE BURGOS, 109 28050 MADRID

C0706 A80029150 FÉNIX DIRECTO, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS,
S.A. RAMÍREZ DE ARELLANO, 35-37 28043 MADRID

M0134 G08171407 FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF AV.
DIAGONAL, 648 08017 BARCELONA

C0708 A59575365 GACM SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y
REASEGUROS, S.A.U. CARRETERA DE RUBÍ, 72-74 08174 SANT CUGAT DEL VALLÉS
BARCELONA

C0072 A28007268 GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
ORENSE, 2 28020 MADRID

C0157 A41003864 HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, S.A. DE SEGUROS Y
REASEGUROS PASEO DE CRISTÓBAL COLÓN, 26 41001 SEVILLA

L0639 INSURANCE COMPANY EUROINS JSC CHRISTOFER COLUMBUS, BLVD. 43, 1592
SOFÍA

C0188 A03007770 LA UNIÓN ALCOYANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
GONZALO BARRACHINA, 4 03801 ALCOY ALICANTE

C0467 A48037642 LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y
REASEGUROS, S.A. PASEO DE LAS DOCE ESTRELLAS, 4 28042 MADRID

C0720 A80871031 LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A. COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS ISAAC NEWTON, 7 (PARQUE TECNOLÓGICO) 28760 TRES
CANTOS MADRID

C0058 A28141935 MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y
REASEGUROS,
S.A. CTRA. DE POZUELO, 50 28222 MAJADAHONDA MADRID

C0794 A08171373 MGS SEGUROS Y REASEGUROS S.A. AVDA. DIAGONAL, 543
/ Entença 325-335 08029 BARCELONA

M0107 G08171548 MUSSAP, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF VÍA
LAIETANA, 20 08003 BARCELONA

M0083 V28027118 MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE
SEGUROS APF PASEO DE LA CASTELLANA, 33 28046 MADRID

M0084 G28010817 MUTUA MMT SEGUROS, SOCIEDAD MUTUA DE SEGUROS
APF TRAFALGAR, 11 28010 MADRID

M0050 G28031466 PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF SANTA
ENGRACIA, 67 - 69 28010 MADRID

C0517 A30014831 PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE
SEGUROS Y REASEGUROS PLAZA DE LAS CORTES, 8 28014 MADRID

C0613 A78520293 REALE SEGUROS GENERALES, S.A. PRINCIPE DE VERGARA,
125 28002 MADRID

C0806 A88256714 SANTANDER MAPFRE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. CTRA.
DE POZUELO, 50 28222 MAJADAHONDA MADRID

C0468 A28119220 SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y
REASEGUROS PASEO DE LA CASTELLANA, 4 28046 MADRID MADRID

M0363 G28747574 UMAS, UNIÓN MUTUA ASISTENCIAL DE SEGUROS APF
SANTA ENGRACIA, 12 28010 MADRID

E0189 W0072130H ZURICH INSURANCE P.L.C. VIA AUGUSTA, 200 08021
BARCELONA

ADENDA SERVICIOS DE SALUD REEMBOLSO ENTRE SERVICIOS DE SALUD

Primera. El objeto de esta adenda es establecer el mecanismo de compensación económica entre los Servicios Públicos de Salud y las normas de procedimiento para los casos en que la asistencia sanitaria futura no se preste en su totalidad en el Servicio Público de Salud que ha recibido la compensación económica.

Sin perjuicio del mecanismo fijado en esta adenda, se realizarán las actuaciones oportunas que permita utilizar los sistemas de información comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) para tramitar estas compensaciones.

Segunda. A los efectos de facilitar los reembolsos entre Servicios Públicos de Salud, el Servicio de Salud que reciba una compensación económica en concepto de gasto sanitario futuro informará de dicha circunstancia a todos los Servicios Públicos de Salud. Se analizarán los cauces de información que deben utilizarse para el cumplimiento de lo señalado en el párrafo anterior.

Tercera. La asistencia sanitaria será prestada por los centros sanitarios públicos o, por parte de centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los Servicios Públicos de Salud. El Servicio Público de Salud responsable de la prestación de la asistencia sanitaria financiará dicha asistencia en ambos casos conforme a lo estipulado en su legislación vigente.

Cuarta. Anualmente el Servicio Público de Salud responsable de la prestación de la asistencia sanitaria facturará al Servicio Público de Salud de afiliación del lesionado la asistencia sanitaria prestada en el ejercicio anterior. En la citada facturación se podrá incorporar todo tipo de asistencia sanitaria requerida por el lesionado de acuerdo con lo previsto en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Las tarifas de reembolso serán las fijadas en el convenio de asistencia general en tanto no se utilicen los sistemas de información comunes previstos en el Sistema Nacional de Salud.

En cualquier caso, el límite máximo a reembolsar a uno o varios Servicios de Salud será la totalidad de la compensación recibida por el servicio de salud al que se encuentre adscrito el lesionado, tanto si la compensación se realiza mediante pago único o anual.

No obstante, en los supuestos recogidos en la cláusula cuarta del convenio donde la compensación puede ser anual, a los efectos del reembolso de dichas cantidades a otro Servicio de Salud, se considerarán dichas compensaciones anuales como pagos a cuenta del importe total a reembolsar al Servicio de Salud que presta la asistencia, siempre marcando como límite máximo la compensación global recibida.

Quinta. En el primer semestre de cada ejercicio el Servicio de Salud prestador de la asistencia sanitaria enviará la liquidación del ejercicio anterior al Servicio Público de Salud de afiliación del asegurado. En el segundo semestre de cada ejercicio el Servicio Público de Salud de afiliación del lesionado realizará el pago de la facturación al Servicio Público de Salud prestador de la asistencia.

Sexta. Si en algún caso la facturación de los servicios sanitarios relativos a gasto sanitario futuro hubiera sido incorporada en la liquidación de los fondos sanitarios específicos públicos de compensación entre comunidades autónomas, dicha facturación será rechazada por parte del Servicio Público de Salud de afiliación del lesionado.

Séptima. En el caso de cambio de residencia del lesionado y por lo tanto de Servicio Público de Salud de adscripción, la Comisión de Vigilancia de los Servicios Públicos de Salud analizará la casuística concreta y decidirá el mecanismo de reembolso de la compensación económica por gasto sanitario futuro

entre los Servicios Públicos de Salud afectados. Dicho reembolso se incluirá en la liquidación del ejercicio siguiente al cambio de residencia.

Octava. Los Servicios Públicos de Salud suscriptores del convenio, constituirán una Comisión de Vigilancia, como órgano encargado para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de esta adenda, otorgando a dicha comisión plena competencia sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de los Servicios Públicos de Salud adheridos al convenio. La comisión se reunirá al menos una vez al semestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días. Estará presidida alternativamente por una de las partes, debiendo actuar, al mismo tiempo, como Secretaría de dicho órgano.

La Comisión de Vigilancia dedicará especial atención al seguimiento de las desviaciones económicas derivadas del sistema de compensación fijado en esta adenda, con objeto de mejorar el procedimiento y, en su caso modificar dicho sistema.