

CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO PARA LOS EJERCICIOS 2010 - 2011 - 2012 (SECTOR PRIVADO)

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS

1.- **Objeto.-** La asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada a los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o estabilización de secuelas.

2.- **Aplicación.-** El Convenio, en su calidad de Marco, es de referencia, aplicándose con carácter subsidiario respecto de los pactos bilaterales que pudieran suscribir individualmente las Entidades Aseguradoras, el Consorcio de Compensación de Seguros y los Centros Sanitarios en las relaciones que como consecuencias de los servicios prestados a lesionados por hechos de la circulación surjan entre ellas.

3.- **Vigencia.-** El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias realizadas a partir del 1 de julio de 2010 como consecuencia de los siniestros ocurridos a partir de dicha fecha, y tendrá vigencia en los ejercicios 2011 y 2012, prorrogándose por periodos anuales si no media denuncia expresa por alguna de las partes con una antelación mínima de 2 meses antes de su vencimiento.

4.- **Tarifas.-** Los precios de referencia aplicables a las asistencias sanitarias prestadas a lesionados por hechos de la circulación en el ámbito del presente convenio (anexo I) han sido calculados teniendo en cuenta que en la aplicación del Convenio no se toman en consideración los criterios de imputación de responsabilidades, pagándose los gastos sanitarios de cualquier lesionado con independencia de quién haya sido el responsable causante del daño.

Las tarifas previstas en el Convenio se actualizarán para los ejercicios 2011 y 2012 mediante la aplicación automática del IPC general publicado por el INE habido en el ejercicio inmediatamente anterior a cada uno de los dos años, no pudiendo ser la revisión de precios negativa en ningún caso.

En cumplimiento de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia, las Entidades Aseguradoras, el Consorcio de Compensación de Seguros y los Centros Asistenciales adheridos al Convenio conservan la libertad de pactar bilateralmente precios diferentes por las prestaciones realizadas.

SEGUNDA.- HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO

1.- **Hechos sujetos.-** Las estipulaciones y precios de este Convenio se aplicarán a todas las prestaciones sanitarias, en los términos del artículo 10.2. y del punto 5h del anexo sobre cesión de datos del FIVA Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en la Circulación de Vehículos a Motor, realizadas a los 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 de Motor.

En aquellos supuestos en los que concurra la calificación de hecho de la circulación y la de accidente laboral o in itinere, prevalecerá, a los efectos de aplicación del Convenio, la consideración de hecho de la circulación.

No será de aplicación este criterio en aquellos tratamientos, pruebas y servicios que, por el Convenio, estén excluidos de la aplicación del mismo.

2.- Determinación del obligado al pago.

La determinación de la Entidad Aseguradora obligada al pago se realizará para siniestros ocurridos a partir de 1 de julio de 2010 de forma objetiva, de acuerdo con las estipulaciones contenidas en el presente Convenio teniendo en cuenta los siguientes supuestos concretos.

A) Siniestros en que intervengan un único vehículo.

La Entidad Aseguradora se obliga al pago de las prestaciones que precisen las víctimas del accidente, quedando excluidos de la aplicación del Convenio el propio conductor del vehículo y los conductores de ciclomotores, motocicletas o vehículos asimilables.

En el caso de un vehículo directamente asegurado por el Consorcio de Compensación de Seguros, esta Entidad asumirá los gastos asistenciales devengados por las víctimas, con la excepción del conductor del vehículo.

En el supuesto de inexistencia de Seguro de Responsabilidad Civil o en aquellos otros en que resulte acreditada la intervención en el siniestro de un vehículo robado, los gastos asistenciales de las víctimas del accidente que ocuparan voluntariamente estos vehículos, con excepción del conductor del vehículo, serán por cuenta del Consorcio de Compensación de Seguros, el cual quedará en todo caso exento de la obligación de pago de la asistencia sanitaria prestada cuando pruebe que los ocupantes del vehículo que originan los gastos asistenciales conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento del mismo.

B) Siniestros en que participe más de un vehículo.-

En estos siniestros se abonarán por cada Entidad Aseguradora las prestaciones sanitarias correspondientes a las víctimas ocupantes del vehículo que aseguren y las del conductor respectivo, excepto cuando se trate de vehículos no asegurados o robados, en los que el Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá los gastos del conductor en ningún caso, ni tampoco los de las víctimas que ocuparan voluntariamente estos vehículos siempre que pruebe que conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento.

En los supuestos en que intervengan más de un vehículo, no podrá alegarse como causa para no hacerse cargo de las prestaciones el hecho de "la culpabilidad de

dicho siniestro" y, por tanto, que la obligación de indemnizar sea imputable al conductor del otro vehículo.

C) Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes.-

Las prestaciones de asistencia sanitaria a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes, serán abonadas por la Entidad Aseguradora del vehículo causante material de las lesiones.

3.- Participación de Entidades no adheridas. El Convenio será de aplicación entre las partes afectadas adheridas incluso cuando intervengan en el siniestro vehículos asegurados en entidades no adheridas, robados o sin seguro. En estos casos, el pago de las prestaciones que les hubiesen correspondido a éstas según las estipulaciones anteriores, no podrá ser reclamado por responsabilidad a las Entidades Aseguradoras adheridas.

4.- Concurrencia de seguros. Si algún vehículo se encontrase cubierto por más de un Seguro de Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria, la Entidad Aseguradora que hubiese abonado las prestaciones sanitarias podrá reclamar a la otra u otras adheridas la parte proporcional en relación con el número de pólizas vigentes. La entidad obligada al pago frente al prestador del servicio será la requerida por éste.

5.- No repetición. El Consorcio de Compensación de Seguros y las Entidades Aseguradoras adheridas renuncian a la reclamación de las cantidades abonadas en virtud de este Convenio excepto en los siguientes casos:

1º.- Personas físicas o jurídicas no vinculadas por este Convenio.

2º.- Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable en siniestros con participación de dos vehículos de los que uno de ellos sea de tercera categoría.

6.- Siniestros en que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas judicialmente en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros. De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el Consorcio de Compensación de Seguros asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen en los supuestos antes definidos, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Se remitirá al Consorcio de Compensación de Seguros copia de los partes de asistencias correspondientes a las facturas pendientes de pago de cada aseguradora de las referidas, adjuntando documentación acreditativa de que, en el plazo determinado en este Convenio, fueron remitidas a las Entidades Aseguradoras.
- b) El Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de facturas emitidas por prestaciones realizadas en un plazo superior a un año antes de declararse el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación del artículo 11 del texto refundido de la

Ley sobre Responsabilidad Civil y Circulación de Vehículos a Motor (Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre), salvo que quede justificada documentalmente la interrupción de la prescripción.

- c) Declarado el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros de una Aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros atenderá extrajudicialmente los pagos pendientes de esta Entidad que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el correspondiente desistimiento de los procesos iniciados.
- d) El Consorcio de Compensación de Seguros se compromete a comunicar a las partes firmantes del Convenio todos los casos de Entidades Aseguradoras que se encuentren en las situaciones descritas.

TERCERA. - NORMAS DE PROCEDIMIENTO

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

1.- Partes de Asistencia.- Los Centros Sanitarios se obligan a cursar en el plazo de treinta días naturales, a contar desde la recepción de un lesionado, a las Entidades Aseguradoras de los vehículos intervinientes en el siniestro, un parte de asistencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo III), cumplimentando, de manera obligatoria, todos los datos exigidos en el mismo.

El envío del parte de asistencia en plazo superior al señalado en el párrafo anterior, por causa justificada, no repercutirá en cuanto a la aceptación de la Entidad Aseguradora y/o Consorcio de Compensación de Seguros de hacerse cargo del siniestro.

El plazo para el envío del parte de asistencia por los Centros Sanitarios se amplía a sesenta días naturales en los supuestos de lesionados procedentes de otro Centro Sanitario. Cuando se trate de reingresos o asistencias ambulatorias posteriores al alta o no continuadas efectuadas dentro del plazo de curación total de un lesionado, deberá igualmente comunicarse a la Entidad Aseguradora mediante nuevo parte de asistencia, haciendo mención expresa en el mismo a los datos del accidente y situación de las lesiones que motivan el reingreso o nuevo tratamiento ambulatorio.

2.- Declaración Responsable. - En el supuesto de un siniestro ocasionado por un vehículo robado o sin seguro, el Centro Sanitario acompañará al parte o partes de asistencia, una declaración responsable de las circunstancias del mismo, suscrita y firmada por el accidentado, testigos del accidente o por aquellos que les prestaron auxilio, acompañada de fotocopia del documento nacional de identidad del firmante, según modelo que figura como anexo IV al Convenio. En tanto no se obtenga tal declaración, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de la aceptación de los gastos de asistencia a que se refiera el parte, salvo que por el centro sanitario se manifieste, mediante declaración responsable, excepcionalmente, la imposibilidad de obtención de tal declaración, indicando los trámites realizados a tal efecto, sin que en ningún caso esta remisión pueda demorarse más de sesenta días después de emitido el parte de asistencia ,

transcurridos los cuales, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado

3.- Aceptación o rechazo del Parte de Asistencia.- Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de veinte días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al Centro Sanitario remitente de un parte de asistencia, comunicando el rechazo de los gastos asistenciales a que se refiere el parte. De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados correctamente no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que por el prestador de servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.

En los supuestos de lesionados procedentes de otros Centros Sanitarios el plazo para la contestación por parte de la Entidad Aseguradora será de treinta días naturales transcurridos los cuales sin mediar contestación se entenderán aceptados los gastos de asistencia.

Únicamente procederá el rechazo del parte de asistencia por una Entidad Aseguradora o por el Consorcio de Compensación de Seguros, y en consecuencia, la negativa a hacerse cargo de los gastos asistenciales en los supuestos siguientes:

- a) No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- b) No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- c) No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- d) Transcurso de los plazos previstos en el convenio

4.- Facturación de las asistencias.- Las facturas presentadas por los Centros Sanitarios deberán detallar los conceptos y partidas correspondientes a las distintas prescripciones, así como los datos identificativos del siniestro, de la víctima, del vehículo y de la póliza de seguros.

Presentadas las facturas ante las Entidades Aseguradoras, éstas deberán hacer efectivo su importe, siempre que sea de su conformidad, dentro de los treinta días naturales siguientes, prescindiendo de actuaciones judiciales. Si la Entidad Aseguradora discrepase, deberá manifestar el motivo que justifica su disconformidad, dentro del plazo anteriormente citado. De no hacerlo, el Centro Sanitario acudirá a la Subcomisión correspondiente para denunciar tales hechos y se emplazará a la Entidad Aseguradora para que haga efectivo el importe solicitado, atendiendo que ya ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones.

En los supuestos en los que por la Comisión Nacional o Subcomisión correspondiente se resuelva que corresponde el pago a la Entidad Aseguradora, el Centro Sanitario podrá aplicar los intereses de demora conforme a la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales, y disposiciones concordantes.

En ningún caso se demorará la presentación de facturas por un período superior a un año, desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La Entidad Aseguradora podrá rechazar aquellas facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquéllas que, presentadas dentro del plazo, no fueran objeto de reclamación por un período de dos años.

Las conceptos facturados según las tarifas incluidas en el presente Convenio, comprenderán todas las asistencias realizadas hasta el alta correspondiente, debiéndose acompañar en este caso, junto con la factura, el correspondiente informe médico de alta. En el caso de tratamiento asistencial de duración superior a treinta días, los conceptos facturables deberán ser emitidos y remitidos a la Entidad Aseguradora con periodicidad mensual.

Las Entidades Aseguradoras podrán solicitar al Centro Sanitario las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas. La no conformidad con el importe de las mismas se comunicará en un plazo máximo de veinte días naturales a contar desde la fecha de la recepción de la factura.

La falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas entre las partes, tras haber intervenido, en su caso, la figura del interlocutor prevista en el Convenio, deberá ser puesta en conocimiento de la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje correspondiente, que actuará a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente Convenio, con fotocopia de la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

No tendrán valor liberatorio para una Entidad Aseguradora aquellas alegaciones que no cumplan los trámites de notificación a los que se refiere el párrafo segundo de la presente apartado.

Cuando las diferencias versen sobre negativas o demoras superiores a treinta días en el pago de las facturas, el Centro Sanitario deberá denunciar tal hecho ante la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje. Esta emitirá acuerdo que comunicará a las partes en conflicto. Transcurridos treinta días desde dicha comunicación sin que se haya efectuado el pago, el Centro Sanitario podrá acudir a la jurisdicción competente sin necesidad de más trámites para reclamar el importe de las facturas a precio de coste.

5.- Rechazo de facturas.- Únicamente procederá la negativa de una Entidad Aseguradora a hacerse cargo de facturas de los gastos asistenciales en los siguientes supuestos:

- a) Rechazo previo y justificado, conforme a las normas del Convenio, del parte de asistencia.
- b) No envío del parte de asistencia por el Centro Sanitario.
- c) Transcurso de los plazos de previstos en el Convenio.

CUARTA.- COMISIÓN DE VIGILANCIA Y ARBITRAJE

1.- Comisión de Vigilancia y Arbitraje.- Se constituye una Comisión de Vigilancia y Arbitraje dentro del marco del presente Convenio, que velará por su adecuado cumplimiento. La Comisión estará integrada por los representantes designados por cada una de las partes firmantes del presente Convenio, no pudiendo exceder de dos por cada una de ellas, salvo para UNESPA que no podrá exceder de tres representantes. En todo caso y dependiendo de si los temas a tratar lo requieren, cada uno de los representantes designados podrá incorporar un Asesor Técnico, sin capacidad de voto.

La Comisión podrá acordar la creación de Subcomisiones de composición mixta, que tendrán el carácter de árbitros a los efectos de lo previsto en el artículo 9 de la Ley de Arbitraje, cuyas resoluciones tendrán naturaleza de laudo.

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

La Comisión de Vigilancia y Arbitraje estará presidida anualmente y de forma alternativa por una de las partes, recayendo con carácter permanente la Secretaría en UNESPA.

2.- Funciones de la Comisión y Subcomisiones.- Serán funciones de la Comisión de Vigilancia y Arbitraje, siendo sus resoluciones de carácter vinculante, las siguientes:

1ª.- Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.

2ª.- Dirimir los desacuerdos existentes entre las partes firmantes y los centros sanitarios y entidades aseguradoras adheridos al Convenio.

3ª.- Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Subcomisiones, caso de que las hubiera.

4ª.- Establecer las tarifas aplicables a nuevas técnicas y tratamientos que aparezcan durante la vigencia del Convenio, siempre que no sean susceptibles de asimilación a otras existentes.

5ª.- Dar de alta o baja en el Convenio a aquellos Centros Sanitarios que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de adhesión o baja en el mismo, independientemente de que estén o no integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.

6ª.- Dar de baja en el Convenio a aquellos establecimientos sanitarios o entidades aseguradoras que reiteradamente incumplan el mismo.

7ª.- Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.

8ª.- La Comisión Nacional de Vigilancia y Arbitraje podrá trasladar a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las actuaciones de aquellas Entidades Aseguradoras que injustificadamente demoren el pago de las facturas ajustadas a lo dispuesto en el presente Convenio.

Serán funciones de las Subcomisiones de Vigilancia y Arbitraje la 2ª y 7ª de las anteriores por delegación de la Comisión Nacional. Las Subcomisiones creadas a tal efecto se reunirán ordinariamente una vez cada dos meses, o extraordinariamente a instancia de una de las partes.

3.- Resoluciones de la Comisión y Subcomisiones.- Los Centros Sanitarios y las Entidades Aseguradoras adheridas al Convenio se obligan a someter las diferencias

que en el ámbito de la aplicación del mismo puedan surgir, a las Subcomisiones de Vigilancia y Arbitraje correspondientes y, en su caso, a la Comisión Nacional.

Las resoluciones de la Comisión y Subcomisiones de Vigilancia y Arbitraje serán vinculantes y de obligado cumplimiento, siendo las de las Subcomisiones excepcionalmente revisables, a petición de parte, por la propia Comisión Nacional.

Si los acuerdos de la Comisión Nacional de Vigilancia y Arbitraje adoptan la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del Convenio, ésta queda obligada a la difusión de los mismos mediante circular que será comunicada a las partes, quedando estas obligadas a dar traslado de la misma a todos los Centros Sanitarios, Consorcio de Compensación de Seguros y Entidades Aseguradoras representadas por cada una de ellas.

Los Centros Sanitarios y las Entidades Aseguradoras que se adhieran a este Convenio se comprometen a cumplir las resoluciones de cada Comisión o Subcomisión.

4.- Interlocutores.- Con la finalidad de analizar discrepancias, dar solución a las mismas y hacer más ágil el procedimiento, se nombrarán por cada una de las partes sendos interlocutores, con indicación de sus respectivas plazas de residencia, domicilio, teléfono, fax y e-mail. Cualquiera de las partes podrá solicitar la mediación del interlocutor de las otras partes con este fin. En este caso, la falta de acuerdo o respuesta del interlocutor requerido en el plazo de treinta días naturales permitirán a la parte afectada someter la controversia a la Subcomisión.

QUINTA.- PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

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.

2.- Notificaciones.- Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Centros Sanitarios como de las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros deberán ser realizadas, de manera obligatoria, mediante el sistema CAS.

Se establece una moratoria hasta el 31.12.2010 aplicable a todos aquellos centros sanitarios que estén integrados en alguna de las asociaciones firmantes del Convenio.

3.- Información clínica.- De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6 y 11.5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, las partes firmantes se responsabilizan de la confidencialidad de la información a la que pudieran tener acceso, en el ejercicio de las actuaciones previstas en el Convenio.

El Centro Sanitario que esté prestando la asistencia sanitaria al lesionado en un hecho de la circulación se obliga en el plazo de diez días naturales, y a petición de la Entidad Aseguradora obligada al pago, en aplicación de las normas del Convenio, al envío, a la misma de un informe de evolución de lesiones.

