



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE REGIR LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA Y DENTAL PARA LOS/AS EMPLEADOS/AS DE MUTUAL MIDAT CYCLOPS, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 1” (EN ADELANTE: MC MUTUAL O LA MUTUA).

APROBADO POR LA REPRESENTACIÓN DEL ÓRGANO DE CONTRATACIÓN DE “MUTUAL MIDAT CYCLOPS, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 1”

Número de expediente: N202500145

Índice

CLÁUSULA 1ª - OBJETO DEL CONTRATO	3
CLÁUSULA 2ª - REQUERIMIENTOS TÉCNICOS	3

CLÁUSULA 1ª - OBJETO DEL CONTRATO

1.1.- Objeto. El objeto del contrato, correspondiente a la presente licitación, para “**MUTUAL MIDAT CYCLOPS, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social número 1**” (en adelante, **MC MUTUAL o LA MUTUA**), se especifica en el apartado 1 de los datos básicos del expediente del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.

1.2.- Ámbito geográfico. Las garantías de la póliza surtirán efecto dentro del territorio nacional y en el extranjero en cuanto a la asistencia en viajes se refiere. La cobertura debe prestarse durante las 24 horas del día, todos los días de la vigencia de la póliza. La adjudicataria debe disponer de una completa red asistencial: ambulatoria, asistencial, hospitalaria y dental, con amplia cobertura en todo el territorio español.

CLÁUSULA 2ª - REQUERIMIENTOS TÉCNICOS

Descripción del servicio:

Prestación del servicio de un seguro colectivo de asistencia sanitaria y dental para los/as empleados/as que forman parte de la plantilla estable de “MUTUAL MIDAT CYCLOPS, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social número 1” (en adelante, MC MUTUAL o la MUTUA) y del cónyuge, pareja de hecho y/o descendientes, de conformidad con las especificaciones contenidas en el pliego de Condiciones Particulares y en el presente Pliego de Prescripciones Técnicas.

Tiene la consideración de personal estable, los/as empleados/as de MUTUAL MIDAT CYCLOPS con contrato de trabajo indefinido, de relevo, de jubilación parcial o de fomento de empleo por discapacidad, etc.

Mediante el cobro por parte del asegurador/a de la correspondiente prima, en la forma y dentro de los límites establecidos en el presente pliego, éste atenderá, como mínimo, las necesidades de asistencia/prestaciones del asegurado/a recogidas en el presente pliego.

Esta póliza está contemplada dentro del plan de retribución flexible de los/as empleados/as de MC Mutual, por lo que podrán adherirse a la póliza aquellos/as empleados/as de MC MUTUAL considerados/as como plantilla estable, y sus familiares (cónyuge, pareja de hecho y descendientes) que así lo soliciten, limitado el número de adhesiones por la disponibilidad presupuestaria de la presente contratación, siendo el importe de las primas asumido en su totalidad por los/as empleados/as, mediante descuento íntegro del importe en la nómina de cada mes.

Se informa que, en el mes de marzo 2025 los/as asegurados/as a la póliza vigente que ostentan la condición de empleados/as ascendió a 967, siendo el total de asegurados/as, incluidos/as los familiares previstos, de 1.206, de un total de 2.173. Se desconoce el número exacto de asegurados/as que solicitará la adhesión a la póliza durante la vigencia de la misma sin que, en consecuencia, la Mutua quede obligada a contratar un número determinado de ellos.

El incumplimiento de las prescripciones establecidas supondrá la exclusión de la oferta del proceso de valoración.

Condiciones generales y particulares del servicio:

El presente contrato se regirá por las siguientes disposiciones:

1. Tomador del Seguro:

MUTUAL MIDAT CYCLOPS, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº. 1

2. Entidad aseguradora:

El Adjudicatario ostentará la condición de Entidad Aseguradora, que deberá estar inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la autorización precisa en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria.

3. Colectivo asegurado:

A los efectos de la póliza del seguro de asistencia sanitaria el colectivo asegurado es el siguiente:

- Asegurado/a titular (empleados/as):

El conjunto de empleados/as considerados/as como plantilla estable de MC MUTUAL, sin limitación de edad, con contrato fijo, de relevo, jubilación parcial o de fomento de empleo por discapacidad, etc., que voluntariamente se adhieran a la cobertura de este seguro.

Los/as empleados/as que pasen a situación de excedencia voluntaria o finalicen su relación laboral con MUTUAL MIDAT CYCLOPS quedan excluidos del ámbito de este seguro.

- Asegurado/a beneficiario/a (familiares del empleado/a titular):

Tienen la condición de “Asegurado/a beneficiario/a”, sin limitación de edad, el cónyuge en matrimonio, parejas de hecho y los/as descendientes por consanguinidad del asegurado/a titular que sean incluidos voluntariamente por éste/a.

En tanto en cuanto tengan la consideración de “beneficiarios/as”, el Asegurador se compromete a mantener respecto a éstos, todas las prestaciones sanitarias contenidas en las condiciones generales y demás prestaciones contenidas en las condiciones particulares de la póliza suscrita entre el Tomador y Asegurador.

No es posible suscribir la póliza sólo para beneficiarios/as, es requisito indispensable que el empleado/a se encuentre de alta en la póliza como asegurado/a titular para poder incluir a las personas de la familia previstas en calidad de beneficiario/a.

El número de asegurados/as en marzo de 2025 es de 2.173 personas, siendo 967 empleados/as de MC MUTUAL, y 1.206 el número de beneficiarios/as. Al desconocerse el número exacto, y las posibles oscilaciones de asegurados/as, se hace una estimación de 2.283 asegurados/as para cada uno de los años del contrato. Esta estimación se efectúa en base al incremento del número de asegurado/as en las pólizas colectivas de salud y del incremento de plantilla estable de MC MUTUAL, en los últimos ejercicios.

4. Altas del grupo asegurado inicial:

Para el colectivo asegurado en la póliza vigente, antes de la suscripción del nuevo contrato, la adhesión al seguro se realizará de forma automática, sin necesidad ni exigencia de cumplimentación de boletines de adhesión y /o cuestionarios o declaración de salud, salvo que manifiesten su decisión de no continuar.

Si el/la asegurado/a manifiesta su voluntad de continuar, el tomador facilitará al adjudicatario la relación de solicitantes que forman parte del Grupo asegurable. Se pacta expresamente, que el

Asegurador/a no requerirá, en momento alguno, la realización de reconocimiento médico o declaración de salud del/la Asegurado/a titular, ni respecto de los/las asegurados/as beneficiarios/as que se incorporen a la póliza colectiva. En consecuencia, la póliza será indisputable y se reconoce plenitud de derechos desde la firma de la misma o en su caso, desde las incorporaciones posteriores a la misma, sin que el Asegurador pueda negar sus prestaciones alegando existencia de enfermedades anteriores.

Para el colectivo asegurado inicial no se aplicarán periodos de carencia ni se podrán alegar preexistencias, existiendo, por tanto, plenitud de efectos para todas las prestaciones garantizadas en la póliza desde el mismo día de su entrada en vigor, incluido el embarazo.

5. Otros/as asegurados/as:

- Grupo 1: aquellos/as empleados/as (y sus familiares adheridos) en situación de baja por: excedencia con reserva de puesto, baja por agotamiento de 18 meses de incapacidad temporal, o alta en la empresa, pero en situación de CUME (cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave). En estos supuestos el coste de la prima será abonado directamente por el/la empleado/a al mediador designado por la compañía, mediante cargo en cuenta bancaria. El periodo máximo que se podrá estar de alta en esta póliza especial será: de un año a contar desde la fecha de inicio de la excedencia con reserva de puesto, en el caso de baja por agotamiento de IT hasta que se resuelva el expediente, bien con reincorporación o baja en la empresa y en caso de CUME durante el periodo de reducción de jornada por este motivo. El precio de la prima y las condiciones de la póliza serán las mismas que las de los/as empleados/as en activo.
- Grupo 2: Para los supuestos que se describirán a continuación la licitadora deberá ofertar una póliza con cargo directo al empleado/a, cuya gestión correrá a cargo del mediador de la póliza, y a un precio de prima mensual más ventajoso que el de mercado, respetándose la antigüedad, carencias y preexistencias que se tuvieran en la póliza de empleados/as. En este supuesto podrán establecer dos precios distintos en función de la edad del asegurado/a principal, siendo el primer tramo de tarifa hasta los 65 años incluidos, y el segundo a partir de dicha edad.
 - ✓ La información de esta prima debe presentarse con la documentación de formalización (ANEXO H: DOCUMENTACIÓN PARA LA FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO).

✓ Los colectivos afectos en este apartado son:

1. Empleados/as que causen baja en la empresa, ya sea ésta de carácter voluntaria o involuntaria, y que soliciten la inclusión en la póliza como máximo un mes después de haber causado baja en MC MUTUAL.

6. Altas, bajas y modificaciones mensuales del número de asegurados/as:

Al no tratarse de un colectivo de afiliación total, siendo la afiliación de carácter voluntario, podrán producirse altas en el mismo por nuevas incorporaciones al grupo asegurable, que solicitarán directamente los empleados/as, mediante el envío de la documentación de alta necesaria, a la figura designada del mediador/a.

Las nuevas altas en la póliza, de empleados/as y familiares que se encuentren asegurados/as en la póliza vigente, antes de la suscripción del nuevo contrato, no tendrán carencias y preexistencias.

Las nuevas altas en la póliza tendrán carencias y preexistencias, a excepción de:

- Empleados/as (y su cónyuge, parejas de hecho y descendientes) de nueva incorporación en la empresa: tres meses de plazo para causar alta en la póliza de seguro médico desde la fecha de alta en la empresa, sin carencias ni preexistencias.
- Recién nacidos/as: tres meses de plazo para causar alta en la póliza de seguro médico, desde la fecha de nacimiento, sin carencias ni preexistencias, siempre y cuando el nacimiento se lleve a cabo en un centro cubierto por la Aseguradora.
- Empleados/as (y su cónyuge, parejas de hecho y descendientes) que procedan de otra mutua distinta de la actual (con un producto equiparable): se eliminan las carencias siempre y cuando tengan en el momento de asegurarse una antigüedad mínima de un año en la otra mutua o aseguradora, si bien se deberá de rellenar el cuestionario de salud.
- Empleados/as (y su cónyuge, parejas de hecho y descendientes) que procedan de otra póliza de la adjudicataria para aquellos empleados/as, cónyuges e hijos/as, que soliciten el traspaso a la póliza de MC MUTUAL proviniendo de otra póliza equiparable, mantendrán la antigüedad que tuvieran en aquel momento.

El periodo de carencia máximo será de 10 meses para determinadas coberturas.

La adhesión a la póliza estará limitada a la disponibilidad presupuestaria máxima del importe anual del contrato.

Asimismo, en cualquier momento, y en periodos mensuales, se podrán producir bajas de asegurados/as titulares y/o beneficiarios, a solicitud de los propios empleados/as o por parte de MC MUTUAL por pérdida de las condiciones necesarias para pertenecer al colectivo asegurado.

Los supuestos contemplados en los párrafos anteriores de altas y bajas en el colectivo, serán causa de reajuste en la póliza en las condiciones expuestas.

7. Protocolo de tratamientos en curso:

Se considerará Tratamiento en curso el que se haya iniciado en fecha anterior a la del cambio de póliza, es decir, anterior al inicio del nuevo contrato, y para aquellos/as asegurados/as que estén afiliados a la póliza colectiva que actualmente tiene MC MUTUAL.

El/la asegurado/a deberá comunicar a la licitadora en el momento del cambio de póliza, el tipo de tratamiento y el nombre de los profesionales médicos que le atienden en el caso de que no estuvieran incluidos en el cuadro médico de la licitadora o no lo estuvieran en las mismas condiciones que en su actual aseguradora.

La licitadora se compromete a facilitar dichos tratamientos vía concierto con el médico o clínica, facilitando al asegurado/a o clínica las oportunas autorizaciones para que los profesionales o centros facturen a la licitadora partir de la fecha estipulada.

Si no es posible dicha alternativa, el/la asegurado/a abonará directamente al médico y la licitadora le reembolsará el 100% del importe al terminar el tratamiento iniciado, de acuerdo con los siguientes criterios y solo en los siguientes casos:

- Embarazos en curso que hayan superado los 90 días, parto, puerperio y atención al recién nacido/a: Si no hubiese concierto con la clínica o facultativo, se asumirán los gastos derivados del seguimiento de los embarazos en curso que ya estén siendo seguidos por un/a facultativo/a ajeno al cuadro médico, así como los gastos derivados del parto, puerperio y atención al neonato.
- Las pruebas diagnósticas que fuesen prescritas por un/a facultativo/a ajeno al cuadro médico, se realizarán en Centros Concertados, previa autorización de la Aseguradora.

- Enfermedades crónicas y procesos agudos: Se asumirán los gastos derivados del tratamiento con un facultativo/centro médico ajeno al cuadro médico hasta un máximo de 1 mes.
- Intervenciones quirúrgicas programadas: Si no hubiese concierto con la clínica o facultativo, se asumirán los gastos derivados de dicha intervención durante el primer mes de implantación de la póliza.

Esto siempre y cuando se trate de enfermedades no excluidas en la póliza y tratamientos cubiertos por la misma.

Previa valoración de la Aseguradora, aportando la documentación necesaria. Aceptado el tratamiento en curso, previa presentación de factura original, la licitadora reembolsará al/la asegurado/a el importe correspondiente.

8. Copago.

No será de aplicación ningún concepto adicional de copago por los actos médicos recibidos ni por cualquier otro concepto.

9. Mediación:

La licitadora deberá designar un/a mediador/a libre, con experiencia y conocimiento del sector, que cuente con la habilitación administrativa necesaria para el ejercicio de la profesión, que realizará la gestión y mediación del contrato de seguro de asistencia sanitaria y dental para los empleados/as de MC MUTUAL y familiares (o colectivo asegurado).

El mediador designado, durante toda la ejecución del contrato, entre otras, desarrollará las siguientes funciones:

- Garantizar la correcta cobertura y aplicación del seguro contratado.
- Gestión de altas, bajas y modificaciones, con periodicidad mensual.
- Seguimiento de los protocolos y requisitos establecidos en el presente procedimiento de licitación durante la vigencia del contrato.
- Resolución de las incidencias y respuesta a las consultas planteadas.
- Seguimiento de facturación.

10. Prescripciones médicas de empresa:

Se dará de alta en la Aseguradora a un máximo de tres médicos de empresa para la prescripción a los/as asegurados/as de actos médicos relacionados con la medicina general.

Por especialidades, en caso de considerarlo necesario, podrán prescribir:

- Análisis clínicos, de los que puede prescribir: hematología, bioquímica, inmunología, microbiología y serología microbiana. Determinaciones hormonales.
- Diagnóstico por la imagen, de los que puede prescribir: radiología convencional, ecografías, y colonoscopia.
- Enfermería: puede prescribir: inyectables y curas.

11. Farmacia extra hospitalaria:

La Aseguradora garantizará, bajo prescripción médica, y solicitud, cumpliendo con los requisitos administrativos necesarios, la cobertura de la prestación farmacéutica extra hospitalaria que precisen los/as asegurados/as, con un mínimo de reembolso del 50% del importe y de 200€ anuales por cada asegurado/a. Cubrirá, como mínimo, aquellos medicamentos financiados por el servicio público de salud.

12. Prestaciones básicas del contrato:

Condiciones generales: Prestaciones básicas garantizadas.

Las prestaciones básicas garantizadas serán las que constituyen el contenido mínimo de la póliza de asistencia sanitaria, a nivel nacional, contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza y que a continuación se relacionan:

✓ Medicina Primaria:

- General, en consulta y a domicilio.
- Pediatría, neonatología y puericultura, para niños menores de 14 años.
- Enfermería: Servicio de A.T.S./ D.U.E., en consulta y a domicilio. En este último caso, bajo prescripción de un Médico del Cuadro Médico de La Aseguradora.

- ✓ **Urgencias:** servicio permanente de urgencias: La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo/a así lo requiera. Será prestada por Médico generalista y/o por A.T.S.
- ✓ **Especialidades:** En régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario.
- ✓ **Medicina Preventiva**
 - Pediatría. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
 - Obstetricia y Ginecología. Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
 - Cardiología. Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
 - Urología. Revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
 - Planificación Familiar. Control con tratamiento con anovulatorios, ligadura de trompas y vasectomía.
- ✓ **Medios de diagnóstico**
 - Análisis clínicos, anatomía patológica y cito patología.
 - Radiología general: quedando incluida la utilización de medios de contraste.
 - Otros medios de diagnóstico. Doppler cardíaco, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías. Medios de diagnóstico de alta tecnología y pruebas genéticas.
 - Derivadas de la situación epidemiológica actual, Covid-19, y otras crisis epidemiológicas que puedan venir, cobertura de test de antígenos y PCR por urgencias o prescripción médica, o pruebas análogas.
- ✓ **Hospitalización**
 - Sin límite de días.
 - En habitación individual.
 - Cama para acompañante (salvo UVI y hospitalización psiquiátrica).
 - Gastos de estancia y manutención del enfermo/a, medicación y tratamientos necesarios.
 - Obstétrica: anestesia epidural, quirófano o sala de partos e incubadora.
 - Quirúrgica: quirófano y anestesia.
 - UVI/UCI.

- Médica (sin intervención quirúrgica).
- Psiquiátrica: para procesos agudos y crónicos en período de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con periodo determinado.
- ✓ **Tratamientos especiales**
 - Aerosolterapia – Ventiloterapia.
 - Oxigenoterapia ambulatoria sin límite de sesiones al año.
 - CPAP: Cobertura de aerosoles, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, mediante una sola fuente de oxígeno. Se incluyen los tratamientos domiciliarios mediante CPAP o BIPAP (dispositivos mecánicos generadores de presión positiva en vías aéreas superiores) para el Síndrome de Apnea-Hipopnea obstructiva del sueño, así como para la insuficiencia respiratoria y para la EPOC. Polisomnografía de titulación para ajustar el dispositivo. Sin límite de sesiones al año.
 - Transfusiones de sangre y/o plasma.
 - Laserterapia. Queda incluida en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, así como en láser en rehabilitación músculo esquelética.
 - Nucleotomía percutánea.
 - Electrorradioterapia. Radioterapia no oncológica superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
 - Laserterapia. La cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología y el tratamiento endoluminal de las varices.
 - Quimioterapia. En régimen de internamiento o en hospitalización de día.
- ✓ **Trasplante de córnea y médula ósea.**
- ✓ **Otros servicios:**
 - Ambulancias: traslado urbano e interurbano de los enfermos cuyo estado físico así lo requiera entre centro médico y domicilio.
 - Matronas: en asistencia hospitalaria al parto.
 - Preparación al parto: asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto, así como la psicoterapia de grupo con este objeto.

- Implantación de DIU y vigilancia, siendo por cuenta de la usuaria el coste del dispositivo.
- Test prenatal no invasivo.
- Podología: tratamientos de quiropedia en consulta, con un mínimo de seis sesiones por año.
- Psicología: con inclusión de un mínimo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios.
- Logopedia y foniatría: incluidas como mínimo las derivadas de procesos orgánicos, y con un mínimo de quince sesiones al año.
- Fisioterapia: con inclusión de un mínimo de quince sesiones al año por patología o lesión.

13. Otras prestaciones incluidas en la póliza:

- Cirugía plástica reparadora de la mama tras mastectomía radical.
- Mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared torácica o abdominal.
- Lentes intraoculares multifocales y bifocales en tratamiento de cataratas.
- Consultas con especialistas, libre elección de especialistas y segunda opinión médica sin que suponga un coste adicional para el/la asegurado/a.
- Cirugía Ortopédica.
- Prótesis internas traumatológicas sin límite de capital asegurado.
- Prótesis de tipo cardiovascular: marcapasos, by-pass, válvulas cardíacas, stent, o análogos, sin límite de capital asegurado.
- Póliza dental: suplemento odontológico que debe incluir una serie de coberturas gratuitas (mínimo consultas, consultas urgentes, revisiones, limpieza anual bucal completa, radiografías, fluorizaciones, estudio y visita de ortodoncia, etc) y un baremo máximo en prestaciones de pago.

14. Asistencia en viajes

Como complemento a las coberturas asistenciales descritas anteriormente, está la asistencia en viajes, cuya protección se desarrolla fuera del territorio nacional, deberá incluir como mínimo las siguientes prestaciones:

- Repatriación o traslado de fallecidos y de los asegurados acompañantes. Si los familiares fueran hijos menores del asegurado/a fallecido/a, cuando estos/as fueran hijos menores de 15 años del asegurado/a repatriado/a y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarlos en el viaje de regreso, la compañía pondrá a disposición una persona para que viaje con ellos hasta su domicilio en España.
- Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero.
- Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero.
- Traslado sanitario de heridos y enfermos. En caso de sufrir el asegurado/a una enfermedad o un accidente, la compañía se hará cargo:
 - De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
 - Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atiende al asegurado/a herido/a o enfermo/a, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
 - De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido/a o enfermo/a, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado/a fuera ingresado/a en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la Compañía se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo. El medio de transporte utilizado será el más rápido y adecuado, según las circunstancias.
- Repatriación de los/as asegurados/as: cuando a uno/a de los/as asegurados/as se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación a la garantía anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Compañía se hará cargo de los gastos correspondientes a:
 - El transporte de los/as restantes asegurados/as hasta el lugar de su residencia habitual o hasta donde esté hospitalizado/a el/la asegurado/a repatriado/a.
 - La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados/as de los que se trata en el punto anterior, cuando

estos fueran hijos/as menores de 15 años del asegurado/a repatriado/a y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarlos en el viaje de regreso.

- Gastos de regreso por alta hospitalaria.
- Envío de especialista al extranjero, si no se tuviera garantía de traslado médico a España y la asistencia no fuera suficientemente idónea en el lugar que se encuentra el/la asegurado/a.
- Envío de medicamentos al extranjero, siempre que éste no se pueda obtener donde se encuentre el asegurado/a.
- Prolongación de la estancia, si al recibir el alta el asegurado/a se viera imposibilitado/a para proseguir su viaje y estuviera convaleciente.
- Transmisión de mensajes urgentes.
- Gastos de desplazamiento, estancia y regreso de un acompañante.
- Regreso anticipado del asegurado/a en caso de fallecimiento de un familiar.
- Gastos procesales y fianzas.
- Pérdida de documentos personales, en caso de pérdida o extravío de documentos de identificación imprescindibles tales como pasaportes, visados y tarjetas de crédito.

El presente Pliego ha sido elaborado por RUTH POUGET ESCARRAMAN del Departamento de Retribución, Compensación y Beneficios (Central)

Validado por el Director de la División de Personas
ANTONI SALINAS FRANCISCO