

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE
LA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA PARA LOS DIRECTIVOS DE IFEMA,
FERIA DE MADRID**

EXP. - 21/032 – 2000018431

1. OBJETO DEL SERVICIO

Contratación de IFEMA, como Tomador de la Póliza, de un seguro colectivo de asistencia sanitaria para el equipo Directivo de la Institución Ferial de Madrid, conforme a las condiciones que se especifican en el presente pliego, las cuales tienen consideración de coberturas mínimas.

2. MODALIDAD DEL SEGURO

Seguro de Asistencia Sanitaria médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda de toda clase de enfermedades, accidentes o lesiones, con inclusión de asistencia primaria, así como todas las especialidades médicas, prestaciones quirúrgico-sanitarias y otros servicios asistenciales en su caso, con la posibilidad por parte del asegurado de acudir directamente a los Facultativos o servicios que figuren en la Guía Médica Asistencial vigente de la Compañía, o bien elegir libremente la asistencia médica solicitando el posterior reembolso de los gastos derivados de la asistencia médica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente.

Todos los servicios estarán exentos de copago.

3. TOMADOR DEL SEGURO

Institución Ferial de Madrid, en adelante IFEMA

Feria de Madrid

28042 MADRID

C.I.F. Q-2873018-B

4. ASEGURADOS

Integra el colectivo a asegurar los Directores de IFEMA que se encuentren en alta laboral a día 1 de junio de 2021, así como sus cónyuges o parejas de hecho e hijos, de acuerdo con la relación que IFEMA facilite por escrito al Asegurador.

Se trata, por tanto, de un colectivo abierto exclusivamente al equipo directivo con una previsión inicial de 95 asegurados, que son los que actualmente figuran en la póliza vigente.

En la emisión inicial de la Póliza, el Asegurador aceptará a todos los miembros del Grupo asegurado que estén dados de alta a fecha 31 de mayo de 2021, sin

necesidad de Declaración de Estado de Salud ni requisito médico de adhesión alguno.

Durante la vigencia del contrato de seguro no existirá limitación de permanencia en el grupo asegurado por razones de edad. Por consiguiente, se hace expresamente constar que todas las garantías del seguro se otorgarán para todos los asegurados, sin limitación de edad.

4.1.-CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Dado que la Póliza que se pretende contratar es continuación de una Póliza de Asistencia Sanitaria anterior, será requisito imprescindible la aceptación de la totalidad del colectivo inicial sin requisito médico de adhesión alguno, así como de las futuras altas que se produzcan en el equipo Directivo y se incorporen a la póliza.

4.2.-PERIODOS DE CARENCIA

No existirán periodos de carencia ni preexistencias para la totalidad de asegurados, ni para el grupo asegurado inicial ni para los nuevos asegurados que se incorporen a la póliza.

4.3.-ALTAS Y BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO

IFEMA notificará a la compañía Aseguradora las altas y bajas que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado.

La toma de efecto de las altas será automática desde el día 1 del mes siguiente al mes en que IFEMA lo comunique a la Compañía Aseguradora, siempre que la comunicación se realice antes del día 20 del mes en curso. Pasado el día 20 del mes vigente, las altas comunicadas por IFEMA causarán efecto el día 1 del segundo mes.

Los recién nacidos tendrán cobertura los 30 primeros días de vida sin coste alguno, teniendo IFEMA 30 días para la comunicación al adjudicatario del nacimiento y el alta en la póliza tras dicho plazo.

Las bajas causarán efecto el día 1 del mes siguiente al mes en que cause baja en la empresa del asegurado. IFEMA especificará si la baja es del directivo asegurado, en cuyo caso causarán baja, a su vez, la totalidad de miembros familiares del empleado.

En caso de baja de beneficiarios, IFEMA igualmente comunicará la solicitud de baja a la compañía con identificación del asegurado que cause dicha baja en el contrato de seguro.

5.- IMPORTE Y PAGO DE LAS PRIMAS.

La prima mensual correspondiente a la Póliza, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, se abonarán por el tomador del Seguro mediante transferencia bancaria, según lo expresado en el apartado 17 del ANEXO I: CUADRO DE CARACTERÍSTICAS.

Al objeto de contrastar el importe por parte de IFEMA de las primas, el Asegurador Facilitará mensualmente un listado en el que se indicará nominalmente la personas que Figuran en la Póliza, con expresión de la prima individual de cada una de ellas.

Para la correcta valoración del Grupo Asegurado, el ofertante dispondrá de la información relativa a la Pirámide de Edades y Siniestralidad en el Anexo I del presente pliego técnico.

6.- EFECTO Y DURACIÓN DE LA PÓLIZA

La duración del contrato de seguro se corresponde con el plazo establecido desde las cero horas del día 1 de junio de 2021 hasta las veinticuatro horas del 31 de mayo de 2023.

7.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

Las garantías de este contrato de seguro serán válidas en todo el territorio nacional y, eventualmente, en otros países del mundo bajo el epígrafe “Cobertura en el extranjero” o “Asistencia en Viaje”.

7.1 RED ASISTENCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La oferta detallará los Centros Médicos propios y concertados en la Comunidad de Madrid siendo preciso disponer de al menos de 10 Centros de Asistencia Sanitaria General y Urgencias, así como 6 Centros de Medicina por Especialidad de Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Urología, Cirugía General, Endocrinología y Dermatología.

Dichos Centros Médicos deberán estar distribuidos por toda la Comunidad de Madrid asegurando la accesibilidad de todos los miembros del colectivo, por lo que deberán contar con Centros Médicos en todos los distritos de Madrid Capital, así como en las principales localidades de la Comunidad.

8.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTENIDO DE LA PÓLIZA, PRESTACIONES O GARANTÍAS DEL SEGURO A CONTRATAR.

8.1.-COBERTURAS OBLIGATORIAS

A. GASTOS EXTRAHOSPITALARIOS

El asegurador cubrirá los gastos extrahospitalarios en que incurra el asegurado por prescripción Facultativa, ya sea como consecuencia de consultas, pruebas médicas o diagnósticas e incluso el uso de ambulancias.

El asegurado podrá, si ese es su deseo, utilizar los servicios concertados del asegurador bajo la modalidad de cobertura total 100%, sin límite de gasto, y pago directo del asegurador a los servicios concertados.

B. GASTOS HOSPITALARIOS

El asegurador cubrirá todos los gastos derivados de la Hospitalización y/o cirugía prescrita por un Facultativo.

El asegurado podrá, si ese es su deseo, utilizar los servicios concertados del asegurador bajo la modalidad de cobertura total 100%, sin límite de gasto y pago directo del asegurador a los servicios concertados.

C. COBERTURA DENTAL

El asegurador cubrirá los gastos dentales de los asegurados bajo el modelo de Franquicia por el uso de sus servicios dentales concertados.

No obstante, quedarán cubiertas al 100% y pago directo del asegurador a los servicios concertados, las primeras visitas, extracciones dentarias simples, radiografías y una limpieza bucal anual dentro del Cuadro Dental.

D. COBERTURA EN EL EXTRANJERO

El asegurador ofertará la cobertura de gastos médicos en el extranjero, con límite de 12.000€ y un período mínimo de tres meses. Esta cobertura incluirá:

- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, con un límite de 12 mil euros al año.
- Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.
- Repatriación en caso de fallecimiento.

- Billete de ida/vuelta de un familiar y gastos de hotel.
- Regreso anticipado del asegurado por fallecimiento de familiar.
- Acompañamiento de menores en caso de enfermedad o accidente.
- Gastos de prolongación de estancia en un hotel, con un límite de reembolso de 600,00 euros al año.
- Transmisión de mensajes urgentes.
- Envío de medicamentos.

E.-REEMBOLSO DE GASTOS

En el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las consecuencias previstas en las Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, el Asegurador pagará, a través del medio de pago que se establezca al Asegurado, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de diez días laborables, deberá reembolsar la cantidad garantizada.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en un veinte por ciento anual.

No obstante, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios médicos y/u hospitalarios recomendados por el Asegurador, será éste quien proceda al pago directamente a los médicos y/u hospitales que hubieren prestado la asistencia de los correspondientes honorarios y gastos médicos devengados, que serán íntegramente de su propia cuenta y cargo.

En caso de no utilizar los servicios concertados del asegurador, estos gastos serán reembolsados en el porcentaje y con el límite de gasto indicados a continuación:

- **Porcentaje de reembolso: el porcentaje mínimo será del 85% tanto en gastos hospitalarios como extrahospitalarios.**
- **Límite de gasto de la póliza por asegurado y año: 250.000 euros**, tanto para España como para el extranjero. El límite deberá ser el mismo tanto para España como para el extranjero. **Asimismo, no habrá sublímites de gastos para ningún tipo de asistencia.**

8.2.- LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL CONTRATO

El asegurador cumplimentará el ANEXO—LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL CONTRATO, derogando cualquier otra exclusión y limitación presente en sus condicionados generales, especiales o particulares.

IFEMA valorará según los criterios indicados en el apartado 8. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS OFERTAS del Anexo I al pliego de bases, aquellas propuestas que presenten menores exclusiones.

8.3.- AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES

El Asegurador deberá indicar en su oferta, que prestaciones requieren de autorización.

8.4.-COBERTURAS NO OBLIGATORIAS

El ofertante podrá proponer la inclusión de las coberturas que estimen oportunas a las exigidas como obligatorias cumplimentando el Anexo -- COBERTURAS NO OBLIGATORIAS teniendo en cuenta que IFEMA valorará según los criterios indicados en el apartado 8. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS OFERTAS del Anexo I al pliego de bases, aquellas propuestas que presenten menores exclusiones.

El asegurador señalará en el apartado de observaciones, si procede, el ámbito, cobertura y límites de tales prestaciones. Asimismo, en el apartado de otras coberturas, podrán ofertar aquellas prestaciones que crea convenientes.

El coste de incorporación a la póliza de estas coberturas no requeridas con carácter obligatorio deberá incluirse en el precio final del servicio, no debiendo figurar en capítulo aparte.

8.5.-PERSONAL JUBILADO

Los directivos de IFEMA y sus cónyuges que causen baja durante la duración del presente contrato por jubilación del titular en la póliza de directivos, podrán continuar en la modalidad de asistencia sanitaria sin modalidad de reembolso siempre que soliciten el alta en la nueva póliza en el plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de baja en la póliza de directivos. A efectos de dar continuidad asistencial, la fecha de alta en la nueva póliza será la de baja en la póliza de procedencia.

El titular jubilado asumirá el pago de la prima de la nueva póliza, cuyas tarifas serán las vigentes para el colectivo de directivos de IFEMA en activo.

La póliza complementaria de directivos jubilados y sus cónyuges estará vinculada, tanto en su vigencia como en la prima de seguro, a la de directivos en activo, por lo que las modificaciones de prima de la póliza principal o la rescisión de esta conllevará la consecuente modificación de prima en la póliza complementaria o, en su caso, la anulación de ésta.

8.6.- RIESGOS EXCLUIDOS.

1. Los daños físicos como consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guardan relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
2. Los productos farmacéuticos fuera del centro hospitalario, salvo oferta cobertura copago farmacéutico.
3. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
4. Las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), auto-lesiones o intentos de suicidio.
5. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo.
6. Diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
7. Psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, test psicológicos.
8. En los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona donante, sea o no asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona. Asimismo, quedan excluidas las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado de órganos.
9. SIDA y enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
10. Los gastos de transporte del asegurado al centro en casos de rehabilitación y fisioterapia y en casos de diálisis.
11. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.

12. Cualquier medio de diagnóstico y /o tratamiento mediante técnica genética. Salvo aquellas que están incluidas en la descripción de la cobertura.

13. La asistencia sanitaria resultante de enfermedades profesionales.

14. Los tratamientos de cirugía estética, plástica o reparadora, salvo las operaciones de esta naturaleza que sean necesarias como consecuencia de un accidente o intervención quirúrgica cubiertos en póliza.

15. Los tratamientos para adelgazar de cualquier tipo.

9.- FUNCIONES A REALIZAR POR LA CORREDURÍA DE SEGUROS

Las funciones a realizar por la correduría de seguros serán las siguientes:

- Diseño, elaboración y supervisión en colaboración con IFEMA del protocolo de actuación administrativa para las altas, bajas y modificaciones e inclusión de Familiares dependientes.
- Asistencia en relación con los siniestros Relación de informes de siniestralidad de periodicidad anual.
- Negociación de mejoras con la aseguradora.
- Asesoramiento en la redacción y Formalización del contrato que se derive de la adjudicación de la póliza de seguro.
- Envío del reajuste de primas de aquellos meses que se hayan realizado altas o bajas en el grupo.

El corredor adjudicatario deberá solicitar a la compañía de seguros prestataria del servicio, en el primer mes de vigencia del contrato, las pólizas individuales de cada asegurado así como las tarjetas sanitarias personalizadas para cada uno de los integrantes del colectivo inicialmente asegurado, conforme a los datos personales proporcionados por IFEMA para la emisión de las citadas pólizas de seguros. Del mismo modo, solicitará las pólizas correspondientes, en el mes siguiente a la incorporación de los nuevos asegurados durante toda la vigencia del contrato.

Asimismo, el adjudicatario enviará la Guía Médica Asistencial a cada integrante del colectivo.

10.- DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos de carácter personal de los asegurados son imprescindibles para valorar el riesgo, emitir la póliza y para la perfección, ejecución y cumplimiento del presente contrato de seguro.

El Tomador del seguro comunicará a los asegurados que sus datos de carácter personal serán aportados con la finalidad indicada en el párrafo anterior, a la Compañía Aseguradora, ante quien podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

La Compañía Aseguradora, se obliga a conservar y tratar los datos personales cumpliendo las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y legislación complementaria. En particular se garantiza:

- a) Que los datos aportados por el Tomador serán tratados de conformidad con las cláusulas contenidas en este contrato de seguro y las normas establecidas en la Ley de Contrato de Seguro y demás normativa reguladora de los seguros privados.
- b) Que no aplicará ni utilizará los datos recibidos u obtenidos con fines distintos a los establecidos en el presente contrato y en la legislación reguladora de los seguros privados.
- c) Que no comunicará a terceros dichos datos salvo por razones de reaseguro o cuando la cesión de los datos esté amparada en una ley.
- d) Que cancelará, después de la terminación del contrato, todos los datos que le han sido facilitados para su perfección y ejecución, salvo que fueran necesarios para el cumplimiento de las obligaciones nacidas del propio contrato de seguro o impuestas por la ley.
- e) Que mantendrá en estricta confidencialidad toda la información recibida y/o generada por ella misma en la ejecución del contrato de seguro.
- f) Que implementará las medidas de índole técnica y organizativas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, dando cumplimiento a las normas establecidas en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

11.-PARTICIPANTES

Sólo podrán presentar oferta para optar a la adjudicación aquellas empresas que tengan la autorización administrativa otorgada por la Dirección Nacional de Seguros como Correduría de Seguros. Las compañías aseguradoras deberán participar a través de un corredor.

Cada correduría podrá presentarse una única vez y con una única compañía de seguros.

Deberá incluir en su oferta certificado de compromiso emitido por la entidad aseguradora.

12.- CUADRO DE ESPECIALIDADES COBERTURAS MÍNIMAS

- Medicina Primaria
- Pediatría
- Enfermería: Asistencia en consultorio o a domicilio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.
- Urgencias 24 horas: Servicio permanente de urgencias en centros concertados por la aseguradora. En caso de ser necesario se prestará también a domicilio por médico y Asistente Técnico Sanitario (ATS) o Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).
- Medios de Diagnóstico
- Cirugía Ambulatoria
- Hospitalización durante el tiempo estimado por facultativo
- Intervenciones Quirúrgicas
- Trasplantes
- Prótesis e Implantes bajo prescripción médica
- Medicina Preventiva:
 - Pediatría,
 - Obstetricia y ginecología
 - Cardiología
 - Digestiva
 - Urología
- Ambulancias para traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia
- Atención Domiciliaria bajo prescripción médica
- Consulta y Asesoramiento Médico Telefónico
- Segunda Opinión Médica en referencia a diagnóstico y tratamientos
- Odontología, servicios gratuitos y servicios en condiciones especiales
- Técnicas de Reproducción Asistida en condiciones especiales
- Tratamientos Rehabilitadores y Fisioterapia en el aparato locomotor.
- Asistencia Sanitaria en Viajes

Especialidades Médicas:

- .- Alergología e Inmunología
- .- Análisis Clínicos
- .- Anatomía Patológica
- .- Anestesiología y Reanimación

- Angiología y Cirugía Cardiovascular
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía General
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Ortopédica
- Dermatología Médico-Quirúrgica
- Venereología
- Endocrinología y nutrición
- Estomatología
- Geriatria
- Hematología y Hemoterapia
- Hemodiálisis
- Medicina interna
- Podología con al menos seis consultas anuales
- Quimioterapia Oncológica
- Medicina Nuclear
- Microbiología y Parasitología
- Nefrología
- Neumología
- Neurofisiología clínica
- Neurología
- Obstetricia y ginecología
- Oftalmología
- Oncología médica
- Oncología Radioterapia
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría con al menos 40 sesiones anuales
- Radiodiagnóstico
- Reumatología
- Traumatología
- Urología
- Artroscopia
- Cirugía plástica reparadora
- Torácica
- Cirugía Vascular
- Neonatología

Medios y pruebas de diagnóstico

- Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología
- Mamografía
- Anatomía patológica y citología incluidas realización de dianas terapéuticas.
- Radiodiagnóstico: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen como radiología general y resonancia magnética nuclear (RNM)

- Endoscopias: digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas
- Cápsula endoscópica: se incluye para el diagnóstico de la hemorragia y/o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto.
- Diagnóstico Cardiológico: electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica.
- Neurofisiología: electroencefalograma, electromiograma, etc.
- Unidad del Sueño: polisomnografía en procesos patológicos, previa petición de un médico especialista.
- Radiología intervencionista o invasora vascular y visceral y hemodinámica vascular.
- Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular
- Técnicas de Diagnóstico por imagen

Hospitalización

- Hospitalización con y sin intervención
- Hospitalización quirúrgica
- Hospitalización médica
- Hospitalización en UVI/UCI
- Hospitalización psiquiátrica (se establecerá como estancia máxima de 60 días año).
- Hospitalización con cama de acompañante
- Hospitalización en unidades especiales.
- Hospitalización de día.
- Hospitalización por maternidad
- Hospitalización pediátrica
- Hospitalización domiciliaria
- Urgencias hospitalarias. La estancia se realizará con las siguientes condiciones: en habitación individual con cama para un acompañante (excepto en los que por su naturaleza no sea adecuado) e incluirá todos los gastos de estancia, manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios. La duración del internamiento será determinada por el médico encargado de la asistencia y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

Tratamientos especiales

- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio
- Transfusiones de sangre y/plasma
- Trasplantes
- Trasplantes de médula ósea y cornea
- Diagnóstico de esterilidad
- Fisioterapia
- Foniatría
- Psicoterapia

- Electroterapia
- Diálisis y riñón artificial
- Quimioterapia y radioterapia

Otros servicios

- Matronas
- Preparación al parto
- Compromiso de continuidad de cobertura durante 6 meses para personas con tratamientos en proceso, en caso de cancelación de la póliza, sin que se devengue prima adicional alguna
- Cobertura de enfermedades congénitas.
- Tratamientos de trastornos de alimentación

13.- RESPONSABLE DEL SERVICIO

El adjudicatario designará a una persona que actuará ante IFEMA como responsable e interlocutor válido para cualquier cuestión relacionada con el servicio encomendado.

14.- PERSONAS DE CONTACTO

- Para cualquier aclaración relacionada con cuestiones económico-administrativas, deben dirigirse a Anais Escudero o Claudia Bordó de la Dirección de Compras y Logística de IFEMA, teléfono: 91.722.57.35

ANEXO I

RELACIÓN ASEGURADOS ACTUALES

TRAMO EDAD	CANTIDAD
1-40 AÑOS	48
41 y 50 AÑOS	13
>50 AÑOS	34

ASEGURADOS PÓLIZA ASISTENCIA SANITARIA (EQUIPO DIRECTIVO)

ASEGURADOS	TITULAR 1	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
1	Asegurado 1	TI	06/09/1957	M
2	Asegurado 2	CO	16/03/1955	V
3	Asegurado 3	HO	15/02/1992	V
4	Asegurado 4	HO	05/01/1994	V
	TITULAR 2	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
5	Asegurado 1	TI	30/09/1958	M
6	Asegurado 2	CO	25/07/1950	V
7	Asegurado 3	HO	21/12/1998	M
	TITULAR 3	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
8	Asegurado 1	TI	29/04/1961	M
9	Asegurado 2	HO	01/11/1995	M
	TITULAR 4	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
10	Asegurado 1	TI	13/12/1966	V
11	Asegurado 2	CO	25/05/1967	M
12	Asegurado 3	HO	10/09/1997	M
13	Asegurado 4	HO	14/07/2009	M
	TITULAR 5	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
14	Asegurado 1	TI	08/04/1963	V
	TITULAR 6	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
15	Asegurado 1	TI	22/01/1958	V
16	Asegurado 2	CO	13/02/1960	M
17	Asegurado 3	HO	20/05/1985	M
	TITULAR 7	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
18	Asegurado 1	TI	26/07/1962	V
19	Asegurado 2	CO	20/09/1961	M
20	Asegurado 3	HO	02/04/1995	V

21	Asegurado 4	HO	05/03/1997	M
22	Asegurado 5	HO	22/01/2002	V
	TITULAR 8	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
23	Asegurado 1	TI	23/08/1964	V
24	Asegurado 2	CO	18/09/1967	M
25	Asegurado 3	HO	18/10/1999	M
26	Asegurado 4	HO	29/08/2001	M
	TITULAR 9	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
27	Asegurado 1	TI	14/07/1967	M
28	Asegurado 2	HO	08/08/1998	M
	TITULAR 10	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
29	Asegurado 1	TI	10/01/1960	V
30	Asegurado 2	CO	01/12/1965	M
31	Asegurado 3	HO	06/10/1994	V
32	Asegurado 4	HO	16/05/1998	M
	TITULAR 11	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
33	Asegurado 1	TI	01/02/1964	M
34	Asegurado 2	CO	21/06/1961	V
35	Asegurado 3	HO	24/08/1994	M
36	Asegurado 4	HO	16/01/1997	V
37	Asegurado 5	HO	01/02/2001	V
	TITULAR 12	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
38	Asegurado 1	TI	24/01/1974	V
39	Asegurado 2	CO	25/04/1980	M
40	Asegurado 3	HO	31/08/2006	V
41	Asegurado 4	HO	23/02/2014	V
42	Asegurado 5	HO	27/04/2015	M
	TITULAR 13	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
43	Asegurado 1	TI	29/10/1962	V
44	Asegurado 2	CO	21/10/1964	M
45	Asegurado 3	HO	12/11/1997	V
46	Asegurado 4	HO	18/05/1999	M
47	Asegurado 5	HO	11/01/2002	M
	TITULAR 14	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
48	Asegurado 1	TI	12/12/1962	M
49	Asegurado 2	HO	20/03/2002	M
	TITULAR 15	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
50	Asegurado 1	TI	08/06/1968	V
51	Asegurado 2	CO	09/03/1972	M
52	Asegurado 3	HO	11/06/2002	V

53	Asegurado 4	HO	04/06/2004	M
54	Asegurado 5	HO	19/05/2009	V
55	Asegurado 6	HO	15/07/2015	V
TITULAR 16				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
56	Asegurado 1	TI	12/11/1970	M
57	Asegurado 2	CO	25/10/1970	V
58	Asegurado 3	HO	19/09/2002	M
59	Asegurado 4	HO	12/03/2005	M
60	Asegurado 5	HO	23/05/2006	V
TITULAR 17				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
61	Asegurado 1	TI	03/12/1963	V
62	Asegurado 2	CO	04/02/1962	M
63	Asegurado 3	HO	20/04/1998	M
64	Asegurado 4	HO	03/04/2000	V
TITULAR 18				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
65	Asegurado 1	TI	02/07/1971	M
66	Asegurado 2	CO	06/09/1963	V
67	Asegurado 3	HO	04/08/2004	M
TITULAR 19				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
68	Asegurado 1	TI	04/07/1978	V
69	Asegurado 2	HO	10/10/2012	M
70	Asegurado 3	HO	01/06/2015	M
TITULAR 20				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
71	Asegurado 1	TI	05/02/1959	M
TITULAR 21				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
72	Asegurado 1	TI	04/01/1972	V
73	Asegurado 2	CO	21/09/1972	M
74	Asegurado 3	HO	27/05/2005	M
75	Asegurado 4	HO	19/03/2007	V
76	Asegurado 5	HO	02/09/2013	V
TITULAR 22				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
77	Asegurado 1	TI	04/01/1975	V
78	Asegurado 2	CO	04/12/1980	M
79	Asegurado 3	HO	24/02/2018	M
80	Asegurado 4	HO	13/02/2020	M
TITULAR 23				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
81	Asegurado 1	TI	10/12/1976	V
TITULAR 24				
	PARENTESCO		FECHA NACTO.	SEXO
82	Asegurado 1	TI	18/12/1973	M

	TITULAR 25	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
83	Asegurado 1	TI	15/07/1970	M
84	Asegurado 2	HO	18/01/2005	V
85	Asegurado 3	HO	26/11/2007	V
86	Asegurado 4	CO	27/04/1970	V
	TITULAR 26	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
87	Asegurado 1	TI	22/09/1965	M
88	Asegurado 2	CO	24/01/1962	V
89	Asegurado 3	HO	24/04/2004	M
	TITULAR 27	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
90	Asegurado 1	TI	13/04/1968	M
	TITULAR 28	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
91	Asegurado 1	TI	06/05/1971	M
92	Asegurado 2	CO	27/07/1971	V
93	Asegurado 3	HO	24/03/2005	V
94	Asegurado 4	HO	12/08/2007	V
	TITULAR 29	PARENTESCO	FECHA NACTO.	SEXO
95	Asegurado 1	TI	27/10/1986	V

SINIESTRALIDAD

AÑO	PRIMAS	SINIESTROS	% SIN
2018	65.515,04	47.609,62	72,67%
2019	71.047,76	36.198,32	50,95%
2020	80.968,37	42.670,24	52,70%