

## **CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO PARA EL EJERCICIO 2013 (SECTOR PRIVADO)**

D<sup>a</sup> PILAR GONZALEZ DE FRUTOS, en representación de la UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS, UNESPA, como Presidenta.

D. ALEJANDRO IZUZQUIZA IBÁÑEZ DE ALDECOA, en representación del CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS, como Director de Operaciones.

D. GABRIEL UGUET ADROVER, en representación de la FEDERACIÓN NACIONAL DE CENTROS Y EMPRESAS DE HOSPITALIZACIÓN PRIVADA, FNCP, como Presidente.

D<sup>a</sup> HELENA RIS ROMEU, en representación de la UNIÓN CATALANA D'HOSPITALS, UCH, como Directora General.

D<sup>a</sup> CRISTINA CONTEL BONET, en representación de la ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE SALUT, ACES, como Presidenta.

D. JOSÉ AUGUSTO GARCÍA, en representación del CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA, CSC, como Director General.

D<sup>a</sup> CARMEN PLANAS PALOU, en representación de la UNIÓN BALEAR DE ENTIDADES SANITARIAS, UBES, como Presidenta.

D. ARMANDO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, en representación de la ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y ENTIDADES SIN INTERNAMIENTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID, ACESIMA, como Presidente.

D. JOSÉ MANUEL BALTAR TRABAZO, en representación de la CONFEDERACIÓN NACIONAL DE CLINICAS HOSPITALES PRIVADOS, CNCHP, como Presidente de la Comisión de Tráfico.

D. ARMANDO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, en representación de la ASOCIACIÓN NACIONAL DE CENTROS SIN INTERNAMIENTO, ANCSSI, como Presidente.

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

### **ESTIPULACIONES**

#### **PRIMERA.- OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS**

**1.1.- 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.

**1.2.- 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.

**1.3.- Vigencia.-** El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias realizadas a partir del 1 de marzo de 2013 como consecuencia de los siniestros ocurridos a partir de dicha fecha, finalizando su vigencia, sin posibilidad de prórroga, el 31 de diciembre de 2013.

**1.4.- 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.

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**

**2.1.- 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.

### **2.2.- Determinación del obligado al pago.**

La determinación de la Entidad Aseguradora obligada al pago se realizará para siniestros ocurridos a partir de 1 de marzo de 2013 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.

**2.3.- 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.

**2.4.- 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.

**2.5.- 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.

**2.6.- 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 encuentren 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.

#### **3.1.- PARTES DE ASISTENCIA.-**

**3.1.1.- Parte Primera Asistencia:** (urgencia / urgencia + hospitalaria / urgencia + hospitalaria + quirúrgica / hospitalaria / hospitalaria + quirúrgica / quirúrgica).

Los Centros Sanitarios se obligan a cursar en el plazo de quince 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 II), 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 dará lugar a la posibilidad de rechazo de la asistencia.

**3.1.2.- Causas de rechazo del Parte de Primera Asistencia:**

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince 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.

Siendo las causas de rechazo:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- No tratarse de un hecho de la circulación.

### **3.1.3.- Parte de Asistencia del resto de las atenciones sanitarias:**

Los Centros Sanitarios se obligan a cursar en el plazo de quince 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 dará lugar a la posibilidad de rechazo de la asistencia.

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.

### **3.1.4.- Causas de rechazo del Parte de Asistencia del resto de las asistencias:**

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince 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.

Siendo las causas de rechazo:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- No tratarse de un hecho de la circulación.
- Existencia probada de fraude.
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- Transcurso de los plazos previstos en el Convenio.

- Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y la asistencia facturada, entendiendo como tal la concurrencia de alguno de los siguientes criterios:

- o- cronológico: plazo de tiempo transcurrido entre el hecho traumático y la intensidad del daño.
- o- de intensidad: relación entre la intensidad del hecho traumático y la intensidad del daño.
- o- topográfico: relación entre la zona afectada por el hecho traumático y la zona en la que aparece el daño
- o- de exclusión: excluye el hecho traumático como causa del daño por la existencia de otra circunstancia exclusiva de presentación del mismo.

En el caso de rechazo del parte de asistencia por la aplicación de alguno de los supuestos de inexistencia de nexo causal descritos, la alegación realizada deberá ser debidamente fundamentada y comunicada al centro sanitario.

El criterio fundamental que debe dirigir la relación del hecho de la circulación con la asistencia sanitaria que se ofrecerá, es la verosimilitud diagnóstica basada en el sentido común y la lógica médica.

Una vez rechazada la aplicación del Convenio, por alguna de las causas previstas en el mismo, el centro sanitario podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses

### **3.2.- INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTOS.**

En los supuestos en los que haya sido aceptado un parte de asistencia, primera asistencia o resto asistencias, y posteriormente se tenga conocimiento de la existencia de alguna de las causas de rechazo previstas para la no aceptación del mismo, se pondrán en conocimiento del Centro Sanitario para informarle de que a partir de ese momento no se asumirá ningún tipo de asistencia más, y sólo se podrá facturar la asistencia prestada hasta la comunicación.

Una vez comunicada esta circunstancia, el centro sanitario podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

### **3.3.- 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.

### **3.4.- FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS.-**

Las facturas presentadas por los Centros Sanitarios deberán detallar los conceptos facturados, las fechas de realización de los mismos y la descripción del tratamiento realizado. Asimismo los datos identificativos del siniestro, de la víctima y del/los vehículos implicados.

Presentadas las facturas ante las Entidades Aseguradoras o Consorcio de Compensación de Seguros, 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.

Los 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.

En los casos de disconformidad parcial con el contenido de una factura, es obligado para la Entidad Aseguradora el pago de la cantidad conforme y sólo aplazable la cantidad del concepto o conceptos sobre los que no hay acuerdo.

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 al precio de sus propias tarifas.

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

3.5.1.-Primera Asistencia: (urgencia / urgencia + hospitalaria / urgencia + hospitalaria + quirúrgica / hospitalaria / hospitalaria + quirúrgica / quirúrgica).

Si se aceptó el Parte de Asistencia la aceptación de la factura será automática.

3.5.2.-Resto asistencias sanitarias:

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

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

## **CUARTA.- COMISIÓN DE VIGILANCIA Y ARBITRAJE**

**4.1.- 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.

**4.2.- 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.

**4.3.- 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.

**4.4.- 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**

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

**5.2.- 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 preferente, mediante el sistema CAS, o en todo caso de forma fehaciente por escrito, mediante correo electrónico, correo certificado, fax o cualquier otro medio aceptado en derecho.

**5.3.- 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.

Las cesiones de datos derivadas de la aplicación del Convenio no requerirán el consentimiento de las personas lesionadas, conforme se establece en el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, así como en el artículo 10.2 del Reglamento que la desarrolla, RD 1720/2007, de 21 de diciembre. 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 a la finalidad de la comunicación.

Asimismo, y en relación a la protección de datos de carácter personal, en el seno de las comisiones establecidas en el Convenio se abordará el tratamiento de casos particulares sin facilitar datos identificables de los lesionados.

En cualquier caso las partes favorecerán en la medida de lo posible la implantación de sistemas que permitan tratar y comunicar los datos de manera disociada.

## **SEXTA.- COMISIÓN PARITARIA**

Las discrepancias que pudieran surgir entre el Consorcio de Compensación de Seguros y cualquiera de las entidades aseguradoras representadas en el Convenio, o entre estas últimas, acerca de si existe o no existe contrato de seguro, como asimismo si está o no está vigente el mismo y, consecuentemente, acerca de cuál es la entidad obligada al pago de los gastos asistenciales, se resolverán por una Comisión integrada por un representante de UNESPA y otro del Consorcio de Compensación de Seguros en un plazo máximo de tres meses desde el acuerdo de su remisión, comunicando el acuerdo adoptado a la aseguradora obligada al pago y al centro sanitario en el plazo de un mes.

## **SEPTIMA.- ALTAS Y BAJAS**

Podrán incorporarse al Convenio todos aquellos Centros Sanitarios, estén o no adheridos a alguna de las asociaciones firmantes, que reúnan los requisitos técnicos establecidos en el mismo. Las altas y bajas posteriores a la entrada en vigor del Convenio se tramitarán a través de la Comisión Nacional, pudiendo ser presentadas por cualquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.

Las solicitudes de altas, bajas y recalificaciones de los Centros Sanitarios integrados en alguna de las Asociaciones firmantes del Convenio deberán ser propuestas, presentadas y firmadas por la dirección de la Asociación de la que forme parte, la cual se responsabilizará, a efectos de la clasificación del Centro, de la dotación sanitaria del mismo, aportando a la Comisión Nacional la correspondiente ficha técnica y autorización administrativa.

## **ESTIPULACIÓN FINAL**

Las partes firmantes del presente Convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las estipulaciones acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones, así como de los perjudicados amparados por el Seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor de suscripción obligatoria.

Asimismo, las partes firmantes del presente Convenio se comprometen a la constitución de un grupo de trabajo reducido de composición mixta, aseguradora-sanitaria, que deberá desarrollar, antes del próximo mes de junio, un nuevo texto de Convenio que regirá a partir de los Convenios que se suscriban del 2014 en adelante.

## **DISPOSICION TRANSITORIA**

El plazo para la aceptación o rechazo de los partes de asistencias cursados en el período comprendido entre el 01.03.2013 y el 31.03.2013 finalizará el 15 de abril. Para los envíos que se realicen a partir del 01.04.2013 serán de aplicación los plazos previstos en el Convenio.

Y para que conste, firman las partes en el lugar y fecha indicados.

Madrid a,            de            de 2013.

**PILAR GONZALEZ DE FRUTOS  
UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS  
Y REASEGURADORAS, UNESPA,**

**ALEJANDRO IZUZQUIZA IBÁÑEZ DE ALDECOA  
CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS**

**GABRIEL UGUET ADROVER  
FEDERACIÓN NACIONAL DE CENTROS  
Y EMPRESAS DE HOSPITALIZACIÓN PRIVADA**

**HELENA RIS ROMEU  
UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS**

**CRISTINA CONTEL BONET  
ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE SALUT**

JOSÉ AUGUSTO GARCÍA  
CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA

CARMEN PLANAS PALOU  
UNIÓN BALEAR DE ENTIDADES SANITARIAS

ARMANDO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ  
ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y ENTIDADES SIN INTERNAMIENTO  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

ARMANDO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ  
ASOCIACIÓN NACIONAL DE CENTROS SIN INTERNAMIENTO

JOSÉ MANUEL BALTAR TRABAZO  
CONFEDERACIÓN NACIONAL DE CLINICAS  
HOSPITALES PRIVADOS

## ÍNDICE DE LAS ESTIPULACIONES DEL CONVENIO

### **PRIMERA.- OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS**

- 1.1. Objeto
- 1.2. Aplicación
- 1.3. Vigencia
- 1.4. Tarifas

### **SEGUNDA.- HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO**

- 2.1. Hechos sujetos
- 2.2. Determinación del obligado al pago
- 2.3. Participación de Entidades no adheridas
- 2.4. Concurrencia de seguros
- 2.5. No repetición
- 2.6. Siniestros en los que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas en quiebra, suspensión de pagos o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al consorcio de Compensación de Seguros

### **TERCERA.- NORMAS DE PROCEDIMIENTO**

- 3.1 Partes de Asistencia
- 3.2 Interrupción de tratamientos
- 3.3 Declaración responsable
- 3.4 Facturación de las asistencias
- 3.5 Rechazo de facturas

### **CUARTA.- COMISION DE VIGILANCIA Y ARBITRAJE**

- 4.1 Comisión de Vigilancia y Arbitraje
- 4.2 Funciones de la Comisión y Subcomisiones
- 4.3 Resoluciones de la Comisión y Subcomisiones
- 4.4 Interlocutores

### **QUINTA.- PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES**

- 5.1 Publicidad
- 5.2 Notificaciones
- 5.3 Información clínica

### **SEXTA.- COMISIÓN PARITARIA**

### **SÉPTIMA.- ALTAS Y BAJAS**

### **ESTIPULACIÓN FINAL**

### **DISPOSICION TRANSITORIA**

## ANEXO I

### TARIFAS 2013

#### RÉGIMEN HOSPITALARIO

##### I.- Módulo quirúrgico: 1.629,54.- euros

Estarán incluidas en este concepto todas aquellas intervenciones quirúrgicas, propias de alguna especialidad, que precisen obligatoriamente de la participación de un anestésista y de cuidados postoperatorios en una unidad de recuperación post anestésica.

En el importe del módulo estarán incluidos todos los gastos que conlleve una intervención quirúrgica: anestésista, quirófano, ayudantes, material, etc.

Este módulo será compatible con la facturación de las estancias y aplicable a cuantas intervenciones, de las incluidas en la definición, sean realizadas.

##### II.- Estancia diaria con pensión completa con inclusión de honorarios médicos, para estancias hasta de 6 días:

GRUPO A.....	369,36.- euros
GRUPO B ....	244,43.- euros
GRUPO C.....	217,27.- euros

##### III.- Estancia diaria con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos, para estancias de más de 6 días:

GRUPO A.....	298,75.- euros
GRUPO .....	217,27.- euros
GRUPO C.....	141,22.- euros

En caso de traslado de un Centro Hospitalario a otro, o reingreso en Centro distinto de aquél en que se hubiere recibido asistencia inicialmente, el cómputo de días, a efectos de facturación, se realizará a partir del primer día de ingreso en el primer Centro en que fue ingresado, excepto aquellos casos en que hayan transcurrido más de treinta días desde el alta hospitalaria previa. Los días de estancia en UVI/UCI no se tendrán en cuenta a efectos de la aplicación de tramos de estancias ordinarias.

##### IV.- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI o UVI).

Cuando por la naturaleza de las lesiones se requiera estancia en UCI, éstas se facturarán a razón de **869,10.- euros día**.

Sólo tendrán carácter de UVI las unidades consideradas tradicionalmente como tales, no siendo aplicable este precio a unidades similares a UVI que pudieran implementar los Centros Hospitalarios.

## RÉGIMEN AMBULATORIO

### V.- Urgencias sin ingreso: 242,59.- euros

Incluirá la primera asistencia prestada al lesionado después del accidente, en un plazo máximo de 72 horas, no debiendo, por lo tanto, haber recibido ningún tratamiento anterior, independientemente de que el mismo haya sido prestado en la Sanidad Pública o Privada.

Solamente será facturable por los Centros Hospitalarios que dispongan de la correspondiente área de urgencias y que cuenten con equipo traumatológico de presencia física continuada.

No procederá su facturación cuando, después de la exploración, el lesionado quede ingresado en el Centro Hospitalario.

### VI.- Primera Asistencia Ambulatoria:

GRUPO A.....	226,76.- euros
GRUPO B .....	200,40.- euros
GRUPO C .....	84,38.- euros

Quedan incluidas en esta cantidad cuantas actuaciones básicas hayan de efectuarse en el Centro Sanitario para la determinación y tratamiento del paciente. Cuando proceda de otro Centro en el que haya recibido una primera asistencia ambulatoria, cualquier asistencia posterior tendrá consideración de visita sucesiva dentro del mismo municipio.

No procederá su facturación cuando, después de la exploración, el lesionado quede ingresado en el Centro Hospitalario.

### VII.- Consultas sucesivas, consultas de alta e interconsultas:

GRUPO A.....	105,47.- euros
GRUPO B.....	84,38.- euros
GRUPO C .....	52,74.- euros

Se entenderá que, en cada una de las asistencias ambulatorias, estarán incluidos todas las pruebas necesarias, diagnósticos y determinación de tratamientos que se realicen dentro de los 13 días siguientes a la asistencia ambulatoria anterior y a la última asistencia hospitalaria.

La visita ambulatoria de alta definitiva, una vez finalizado el proceso de rehabilitación, deberá realizarse de manera inmediata a la finalización del mismo, pudiendo ser facturada aunque no haya transcurrido el plazo de 13 días previsto para las visitas ambulatorias.

Asimismo, y solo para los centros del grupo A se podrá facturar una interconsulta de otra especialidad, cuando la misma sea necesaria, sin que haya transcurrido el plazo de 13 días previsto para la visitas ambulatorias.



VIII.- Rehabilitación. Por sesión diaria, cualquiera que sea el número de técnicas empleadas:

GRUPO A.....	18,98.- euros
GRUPO B.....	18,98.-euros
GRUPO C .....	15,82.-euros

Cuando el domicilio del lesionado esté situado fuera del término municipal, o municipio limítrofe con el que se dé una continuidad urbanística, donde esté ubicado el Centro Sanitario, este deberá solicitar autorización a la Entidad Aseguradora para iniciar el tratamiento rehabilitador, si no se produce contestación en el plazo de tres días naturales se entenderá otorgada la misma.

IX.- Módulo raquis vertebral.

GRUPO A.....	900.- euros
GRUPO B.....	900.-euros
GRUPO C .....	540.- euros

“Traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas sin patología orgánica asociada”

El diagnóstico tributario de tratamiento incluirá cualquier nomenclatura de patología vertebral que reúna las características descritas (latigazo cervical, esguince cervical, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, contracturas paravertebrales, etc.) con afectación de una o varias regiones de la columna vertebral. Deberá ser el diagnóstico principal en la visita inicial efectuada, 1ª visita ambulatoria, y por la exploración o la prueba complementaria efectuada no deberán objetivarse otras lesiones orgánicas de etiología postraumática que afecten al raquis vertebral.

Del mismo modo, si una vez iniciado el tratamiento se hallase alguna patología no diagnosticada inicialmente (fractura vertebral, patología traumática aguda de hombro, patología de hernia discal quirúrgica, etc.), la consideración de Módulo de tratamiento desaparecerá y el proceso asistencial seguirá el desarrollo habitual del Convenio de Asistencia Sanitaria, debiendo facilitar en este caso el diagnóstico mediante informe médico que lo acredite.

Tras la primera visita ambulatoria, y en el plazo de tiempo óptimo desde el punto de vista asistencial de 5-7 días, se realizará una visita sucesiva que determinará si se confirma el diagnóstico de Módulo de patología sobre el raquis, en cuyo caso y a partir del inicio del tratamiento (rehabilitación, visitas ambulatorias, control prescripción farmacológica, etc.) será considerado el proceso asistencial de forma integral.

Si por el contrario la confirmación determina un proceso asistencial distinto debido a otras lesiones que descarten el proceso de patología sobre el raquis como diagnóstico principal, en este caso se podrá facturar la visita sucesiva de presunta confirmación independientemente de no haber transcurrido el plazo de tiempo determinado para las visitas sucesivas en el Convenio de Asistencia Sanitaria.

Desde el momento de la confirmación diagnóstica del proceso Modular, el

tratamiento rehabilitador deberá ser iniciado en un plazo máximo de 5 días, salvo mejor criterio médico que estará a disposición de ser consultado por la Entidad Aseguradora. En cualquier caso la frecuencia de las sesiones de rehabilitación que se efectúen, deberá cumplir criterios de optimización temporal del tratamiento sin demoras no justificadas.

Una vez finalizado el tratamiento del Módulo de patología aguda sobre el raquis vertebral, el Centro asistencial emitirá Informe Médico de Alta en un plazo máximo de 15 días, en el que se recogerá el tratamiento seguido, si el alta se produce por restitución completa o bien con lesiones residuales y en este caso, descripción de las mismas.

El Módulo solamente podrá ser facturado por el centro que haya diagnosticado y realizado el tratamiento completo, a la finalización del mismo y previa emisión del correspondiente informe de alta.

En el importe del módulo de R.V. estarán incluidos tanto la primera visita ambulatoria como las sucesivas o de alta médica, así como las pruebas complementarias, TC y RN y las sesiones de rehabilitación que se precisen para la atención del RV.

En los casos en los que el lesionado abandone el tratamiento, y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, desaparecerá la consideración de Módulo, pasando el Centro Asistencial a facturar las actuaciones efectuadas según el Convenio vigente.

La entidad aseguradora podrá suspender-interrumpir el tratamiento o interrumpir de un lesionado diagnosticado de RV, en base a las causas descritas en el ámbito del Convenio. Si el tratamiento ha sido iniciado, deberá hacer frente al pago de los conceptos facturables realizados hasta aquel momento. Asimismo en el caso de que el lesionado, por causas ajenas al centro asistencial, abandone el tratamiento se deberán abonar, por parte de la entidad aseguradora, los conceptos facturables realizados hasta aquel momento.

## **PRUEBAS**

X.- Tomografía Axial Computerizada (TC)..... 119,18.-euros

XI.- Resonancia Nuclear Magnética ( RN )..... 183,52.-euros

XII.- Contraste ..... 63,28.-euros

Serán facturables independientemente de cualquier otro concepto incluido en las tarifas del Convenio.

## **VARIOS**

XIII.- Gastos Ortoprotésicos. Se considerarán como tales, a efectos del vigente Convenio, exclusivamente, aquellos correspondientes a material ortoprotésico de implantación quirúrgica que pudiera precisar el lesionado durante su tratamiento, los cuales serán detallados de forma individualizada a precio de coste, según factura.

Los fijadores externos se facturarán en un **1/3 del precio total de adquisición**, debiéndose aportar copia de la factura correspondiente como justificante, a excepción de los elementos no reutilizables que se abonarán íntegramente a su precio de coste.

#### **XIV.- Transfusiones de sangre y Hemoderivados.**

Se facturarán según el precio fijado en cada Comunidad Autónoma incrementado en un 10%.

## ANEXO II

### CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

Los criterios de calificación de los centros sanitarios lo serán única y exclusivamente a los efectos tarifarios del Convenio.

**GRUPO A.-** Centros Hospitalarios que reúnan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- A.1. **Área de urgencias** diferenciada con, acceso propio, sala de curas, material e instrumental de reanimación y un mínimo de cuatro boxes de observación y tratamiento inicial. Deberá estar dotado de personal médico, enfermero y auxiliar de enfermería propio.
- A.2. El Centro Hospitalario deberá contar con **Equipo Traumatológico** de presencia física continuada.
- A.3. **Área quirúrgica** con un mínimo de 2 quirófanos asépticos y uno séptico, con equipos de anestesia, reanimación e intensificador de imágenes, así como completa instalación y equipamiento.
- A.4. **Área radiológica** convencional adecuada a cualquier exploración ósea, además de tomografía axial computerizada y/o equipo de RNM en el propio Centro Hospitalario. Deberá contar con un Médico Radiólogo con presencia física continuada las 24 horas.
- A.5. **Área de Rehabilitación**, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia, hidroterapia y cinesiterapia, con personal médico propio y permanente adscrito a esta Unidad.
- A.6. Servicio de **Hemoterapia** y Banco o Depósito de Sangre autorizado.
- A.7. **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)** diferenciada o unidad equivalente, que permita la monitorización completa de los accidentados, con personal médico propio y permanente adscrito a esta Unidad.
- A.8. El Centro Sanitario garantizará la asistencia continuada en el propio Centro y en el ámbito de las especialidades médicas siguientes: Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Vascular, Traumatología, Neurocirugía, Oftalmología, ORL y Anestesia y Reanimación, ya sea mediante gestión directa (con personal médico propio) o indirecta (en virtud de convenio o contrato formalizado por escrito con persona física o jurídica cuya actividad profesional u objeto social abarque la prestación de los servicios correspondientes en cada caso).
- A.9. **Servicios Centrales de diagnóstico**, comprenden: Laboratorio, Radiodiagnóstico, incluyendo Tomografía Axial Computerizada,

Resonancia Nuclear Magnética, Anatomía Patológica, así como Servicio de Farmacia, todos ellos con personal propio del Centro.

**GRUPO B.-** Centros Hospitalarios, que dispongan, como mínimo, de las siguientes características:

- B.1. **Área quirúrgica** con un mínimo de un quirófano aséptico y otro séptico, con equipos de anestesia y reanimación, así como completa instalación y equipamiento.
- B.2. **Médico de guardia permanente y equipo traumatológico localizado.**
- B.3. **Equipo radiológico** convencional y portátil.
- B.4. **Laboratorio** de urgencias.
- B.5. **Material de reanimación** suficiente.
- B.6. Posibilidad de disponer de **hemoterapia** de urgencia.
- B.7. Dotación de camas en un número no inferior a cuarenta, de las cuales estarán dotadas de toma de oxígeno, al menos el 50% de las mismas.
- B.8. **Area de rehabilitación** propia como en el Grupo anterior.

**GRUPOS C y C.1.-** Centros Sanitarios que reúnan las siguientes características:

**C.1.-** Centros Hospitalarios, destinados a la rehabilitación o larga estancia de accidentados, que hayan superado la fase aguda; previo informe de traslado, que cumplan con los siguientes requisitos:

- Deberán contar con una **Unidad de Rehabilitación** como en el Grupo A y B.
- Deberán disponer de **personal médico y fisioterapeutas propios.**
- Deberán estar conectados con un Hospital de Grupo A o B.
- Deberán estar dotados de camas en un número no inferior a 20, con equipamiento hospitalario.

**C.2.-**Centros Sanitarios sin internamiento, que puedan realizar una asistencia integral ambulatoria a los lesionados con traumatismos ocurridos por hechos de la circulación y que cumplan con los siguientes requisitos:

- **Área de Rehabilitación**, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia, y cinesiterapia, con personal propio y permanente adscrito a esta Unidad.
- Deberán disponer de  **fisioterapeutas propios** de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.
- Disponer de **médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología**, o en su defecto **médico especialista en Rehabilitación**, con consulta diaria en el propio Centro.
- Contar con los pertinentes permisos de **Autorización y Registro** del Centro en la Consejería de Sanidad de su Comunidad Autónoma.

ANEXO III

CONVENIO MARCO ASISTENCIA SANITARIA (SECTOR PRIVADO) 2013  
PARTE DE ASISTENCIA

1.- Centro Sanitario: .....  
Domicilio: ..... Teléfono: .....  
Población: ..... Provincia: .....  
Servicio responsable de la asistencia: .....  
Ha sido atendido por la misma lesión en otro Centro: SI NO  
Nombre del Centro.....

2.- Lesionado:  
Nombre y Apellidos: ..... Edad: .....  
DNI: ..... teléfono .....  
Domicilio: ..... Municipio.....  
Fecha de Ingreso: ..... Hora: .....  
Fecha del siniestro: ..... Lugar del siniestro: .....  
Condición del lesionado: (Conductor, ocupante, peatón) .....

3. Vehículo respecto al cual ostenta la condición de lesionado:  
Matrícula: ..... Marca y modelo: .....  
Entidad Aseguradora: .....

Si intervino en el accidente más de un vehículo:  
Matrícula: ..... Marca y modelo: .....  
Entidad Aseguradora: .....  
Lesionados: SI NO N° de lesionados.....

Matrícula: ..... Marca y modelo: .....  
Entidad Aseguradora: .....  
Lesionados: SI NO N° de lesionados.....

4.- Urgencia SI NO  
Ingreso Hospitalario SI NO  
Cirugía SI NO

5.- Descripción de las lesiones:  
.....  
.....  
.....  
.....

6.- Descripción procedimientos terapéuticos:  
.....  
.....  
.....

(Fecha y firma del Centro Hospitalario)







