

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES

16518 *Resolución de 22 de julio de 2026, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, para la asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2026-2029.*

La directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el director de Operaciones del Consorcio de Compensación de Seguros y la presidenta de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras han suscrito, con fecha de 29 de junio de 2026, un convenio para la asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2026-2029.

Para general conocimiento, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dispongo la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» del referido convenio como anejo a la presente resolución.

Madrid, 22 de julio de 2026.—El Subsecretario de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, Alberto Herrera Rodríguez.

ANEJO

Convenio entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, para la asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2026-2029

REUNIDOS

Doña Isabel Muñoz Machín, Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante INGESA), nombrada para este cargo por Real Decreto 373/2024, de 9 de abril (BOE número 88, de 10 de abril de 2024), actuando en su nombre y representación en virtud de las competencias que le atribuyen los artículos 2.c) y 5.1.c) del Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del INGESA; y de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 68 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

Don Celedonio Villamayor Pozo, Director de Operaciones en representación del Consorcio de Compensación de Seguros, entidad pública empresarial, adscrita a la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, a través de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones del Ministerio de Economía Comercio y Empresa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8.6 del Real Decreto 410/2024, de 23 de abril, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, y en virtud del poder conferido mediante escritura pública, otorgada el 29 de abril de 2024 ante el Notario de Madrid don Luis Núñez Boluda, con el número 734 de su protocolo.

Doña María Aranzazu del Valle Schaan, en representación de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, UNESPA, Asociación Empresarial del Seguro, constituida al amparo de la Ley 19/1977, de 1 de abril, sobre regulación del

derecho de asociación sindical, como Presidenta, le corresponde la representación de la Asociación, en virtud de poder conferido por acuerdo del Comité Ejecutivo de dicha entidad, adoptado en su reunión de 4 de mayo de 2023, de conformidad con el artículo 22, de los Estatutos aprobados en la asamblea general extraordinaria celebrada el 14 de diciembre de 2005, modificados en asamblea general ordinaria celebrada el 4 de mayo de 2023, y protocolizado mediante el poder otorgado mediante escritura pública otorgada ante el Notario de Madrid don Antonio Huerta Trolez, el día 19 de junio de 2023, con el número de protocolo novecientos veintisiete.

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

MANIFIESTAN

Primero.

Que, de acuerdo con lo señalado en el artículo 1 del Texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, el conductor de vehículos a motor es responsable, en virtud del riesgo creado por los hechos de la circulación de tales vehículos, de los daños causados a las personas o en los bienes como consecuencia de esos hechos.

Cuando se producen daños personales en accidentes de circulación, de acuerdo con el artículo 7 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, la entidad aseguradora habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona. Siendo la entidad aseguradora del vehículo responsable del accidente la que ha de abonar los gastos.

Desde el año 2002, el INGESA ha venido suscribiendo convenios entre las entidades Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, con el objeto de establecer una cooperación que permite mejorar la atención sanitaria a los lesionados en accidentes de tráfico con medios públicos, facilitando el acceso a los centros sanitarios del INGESA en las ciudades de Ceuta y de Melilla, y el resarcimiento de estos gastos de forma objetiva, en lugar de por criterios de responsabilidad, lo que implica una mayor agilidad en la tramitación de expedientes.

Los sucesivos convenios firmados han ido mejorando la colaboración, al incluir la opción de tramitación de expedientes por vía telemática a través de un dispositivo informático conocido como «sistema CAS (Convenios de Asistencia Sanitaria)» de la empresa TIREA, que es financiado por el sector asegurador y que permite el trámite de la documentación necesaria y la gestión de pagos por asistencia sanitaria derivada de los siniestros de automóviles, al INGESA.

El 18 de marzo de 2022, se firmó un acuerdo que finalizó su vigencia el 31 de diciembre de 2025. Al continuar siendo necesaria la colaboración entre las partes que suscribieron dicho convenio en 2022, en el marco de sus competencias, y al no contar las entidades UNESPA y el Consorcio de Compensación de Seguros con la infraestructura ni el personal especializado necesario para prestar asistencia sanitaria, consideran de interés colaborar con el INGESA, en el proyecto que se cita en el encabezamiento, que mejora el convenio de 28 de marzo de 2022.

Segundo.

Que los Estatutos de UNESPA, aprobados en Asamblea General extraordinaria de 14 de diciembre de 2005, y modificados por la Asamblea General Ordinaria del día 4 de mayo de 2023, establecen que es una asociación profesional de empresarios sin ánimo de lucro, órgano con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para

el cumplimiento de sus fines, rigiéndose por estos Estatutos y lo dispuesto con carácter general en la Ley 19/1977, de 1 de abril.

De acuerdo con el artículo 5 a. de los citados Estatutos, a UNESPA le corresponde «Representar, gestionar y defender los intereses profesionales, económicos y sociales comunes a las entidades asociadas ante toda clase de personas, organismos y organizaciones públicas o privadas, nacionales e internacionales, con pleno respeto a los principios de libertad de empresa y libre competencia».

Tercero.

Que el Consorcio de Compensación de Seguros es una entidad pública empresarial adscrita al Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones; que tiene personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, y su específico marco de actuación viene determinado por su Estatuto Legal aprobado por Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, y desempeña funciones en el ámbito del seguro, destacando entre otras, en lo que se refiere a este convenio, las que se señalan en el artículo 6 relacionadas con la cobertura de los riesgos extraordinarios sobre los daños de las personas en relación con el seguro obligatorio de automóviles.

Al Consorcio de Compensación de Seguros le corresponde, entre otras, las siguientes funciones, de acuerdo con el artículo 11 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, indemnizar a quienes hubieran sufrido daños en su persona, por siniestros ocurridos en España, en aquellos casos en que el vehículo a motor causante sea desconocido, en caso de accidentes ocasionados por cualquier vehículo a motor no asegurado que circule a pesar de no disponer de autorización para hacerlo, por estar dado de baja temporal o definitivamente en el registro de vehículos de la Dirección General de Tráfico, indemnizar los daños a las personas ocasionados por un vehículo a motor que esté asegurado y haya sido objeto de robo o robo de uso, e indemnizar por daños a las personas en los supuestos en los que surja controversia entre el Consorcio de Compensación de Seguros y la entidad aseguradora acerca de quién debe indemnizar al perjudicado.

Cuarto.

Que el INGESA surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Mediante dicha norma, el Instituto Nacional de la Salud pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), conservando el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social.

El Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad establece en el artículo 2.4 que el INGESA se adscribe a la Secretaría de Estado de Sanidad.

La actual organización y funcionamiento del INGESA se encuentra regulada en el Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, y establece entre las competencias del artículo 2, la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las ciudades de Ceuta y Melilla, así como la realización de cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios.

Quinto.

Que UNESPA y el Consorcio de Compensación de Seguros, al no contar con los medios técnicos ni los profesionales necesarios para prestar la asistencia sanitaria que precisen los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o estabilización de las secuelas, de acuerdo con los artículos 8 y 141 del Real Decreto

Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, pueden firmar convenios de asistencia sanitaria con el objetivo de que los lesionados en accidentes de la circulación puedan acceder a la asistencia sanitaria pública, estableciéndose el pago correspondiente a los servicios públicos de salud, en este caso INGESA, por las entidades aseguradoras de este modo, se garantiza la prestación sanitaria a estos lesionados, siendo este instrumento, el de la suscripción de un convenio, el más adecuado.

El INGESA de conformidad con lo señalado en el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la disposición adicional décima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, así como en el artículo 2.7 y en el apartado 4.b) del anexo IX, del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, reclamará a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, en los supuestos de existencia de seguro obligatorio de vehículos de motor.

Asimismo, el apartado 5) del citado anexo IX establece que, en los convenios o conciertos con otros organismos o entidades, se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

Sexto.

Que este convenio se establece como instrumento para alcanzar una finalidad común de todas las partes que lo suscriben, con el fin de que el INGESA preste asistencia sanitaria a lesionados por hechos de la circulación, y que la entidad aseguradora realice los pagos correspondientes, para resarcir a éste por los gastos ocasionados por la atención sanitaria prestada a los lesionados en accidentes de tráfico.

En virtud de lo expuesto, las partes acuerdan suscribir el presente convenio con arreglo a las siguientes,

CLÁUSULAS

Primera. *Objeto, compromiso de las partes, vigencia, y tarifas.*

1. Objeto.

El presente convenio establece las relaciones entre las partes signatarias para la gestión de la asistencia sanitaria prestada en el ámbito de la sanidad pública a lesionados por hechos de la circulación, y determina los precios de los servicios de dichas prestaciones, en virtud de lo establecido en el artículo 8 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y con arreglo a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La asistencia sanitaria a prestar comprenderá las actuaciones que necesite el lesionado hasta su curación o consolidación de lesiones.

Todas las facturaciones que emita el INGESA tendrán un límite máximo de dos años desde la primera asistencia prestada. En los casos en que sean de aplicación los supuestos previstos en lesiones susceptibles de asistencia sanitaria futura, las prestaciones facturables tendrán como límite la fecha en que se determine la estabilización de las lesiones. Dicha estabilización deberá ser comunicada y aceptada por el INGESA en base al procedimiento establecido y acordado por las partes en dicho convenio de asistencia sanitaria futura o, en su caso, por el procedimiento legal correspondiente.

2. Compromiso de las partes.

2.1 Compromisos asumidos por el INGESA.

– Prestar la asistencia sanitaria que precisen los lesionados por hechos de circulación tales como la atención de urgencia, hospitalización, cirugía mayor ambulatoria, consultas externas de seguimiento, rehabilitación, y el transporte sanitario que asimismo resulte

necesario. La asistencia sanitaria se prestará en los términos previstos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre y comprenderá las actuaciones que necesite el lesionado hasta su curación o consolidación de lesiones.

- Cumplir con la gestión de la documentación que se señala en el convenio y su presentación en los plazos y medios establecidos en el mismo.

- Participar con la representación establecida en este convenio, en la Comisión nacional y en la Subcomisión territorial.

2.2 Compromisos asumidos por las entidades aseguradoras adheridas al convenio.

- Realizar las comunicaciones y notificaciones en los plazos y medios establecidos en las cláusulas de este convenio.

- Cumplir con la realización de los pagos que correspondan, de acuerdo con el procedimiento y tarifas establecidas en este convenio, para compensar al INGESA por los gastos de la asistencia sanitaria prestada.

2.3 Sistema informático CAS (Convenio de Asistencia Sanitaria).

Como medio para agilizar la gestión de los expedientes, el INGESA y las entidades aseguradoras adheridas al convenio tienen a su disposición el sistema CAS gestionado por TIREA (Tecnologías de la información y Redes para las Entidades Aseguradoras), empresa creada y participada por las entidades aseguradoras que presta servicios de procesos de datos, red y telemáticos.

El sistema CAS es un procedimiento de gestión informatizado de comunicación, tramitación y pago de las prestaciones sanitarias realizadas, mediante el que se realizarán, por los centros del INGESA y el sector asegurador, todas las comunicaciones y la presentación de la documentación necesaria, conforme a lo establecido en este convenio.

En el seno de la Comisión nacional y de la Subcomisión territorial establecidas en el convenio, los datos personales de los expedientes serán previamente pseudonimizados para que no puedan ser atribuidos a ninguna persona física, de acuerdo con la cláusula quinta de este convenio.

El acceso a este sistema no supondrá ningún coste para el INGESA.

3. Vigencia.

El presente convenio tendrá validez hasta el 31 de diciembre de 2029, y siguiendo las normas establecidas en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, este convenio se perfecciona con el consentimiento de las partes, y resultará eficaz una vez inscrito en el Registro Electrónico estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación del sector público estatal, debiendo publicarse en el BOE.

4. Tarifas.

Las tarifas aplicables a las prestaciones realizadas en los ejercicios 2026, 2027, 2028 y 2029 se liquidarán una vez que el convenio resulte eficaz y serán las que figuran en el anexo I de condiciones económicas para los referidos ejercicios.

Segunda. *Hechos sujetos y determinación del obligado al pago.*

1. Hechos sujetos.

Las cláusulas y precios de este convenio se aplicarán a todas las prestaciones sanitarias 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. Serán de aplicación tanto al seguro obligatorio, voluntario y complementario a los mismos.

En aquellos supuestos en los que concurriendo la calificación tanto de hecho de la circulación como la de accidente laboral *in itinere*, prevalecerá la consideración de hecho

de la circulación, salvo que el centro sanitario desconozca dicha concurrencia de calificaciones o, conociéndola no disponga de los datos suficientes para facturar con arreglo al convenio de asistencia sanitaria. Este criterio no será de aplicación en aquellos supuestos en que exista contradicción con una norma de rango superior o en aquellos que estén excluidos de pago vía convenio y, por tanto, podrán facturarse al margen del mismo.

2. Determinación del obligado al pago.

2.1 Criterios generales.

El artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, establece que los Servicios de Salud tendrán derecho a reclamar, del tercero responsable, el coste de los servicios prestados en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago.

En orden a simplificar el ejercicio de los derechos y obligaciones derivados de las prestaciones sanitarias por accidentes de tráfico, las partes firmantes convienen determinar el obligado al pago a efectos de este convenio, de forma objetiva de acuerdo con los siguientes supuestos:

A. Siniestros en que intervenga un único vehículo.

Las entidades aseguradoras se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del siniestro, incluido el conductor del vehículo, si bien, en este caso, con el límite recogido en las condiciones económicas del convenio. Se considera que el conductor no pierde la condición de tal en los supuestos de atropello por el propio vehículo sin haber otro vehículo implicado.

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 supuestos de colisión de un vehículo contra uno o varios vehículos que sufran daños estando correctamente estacionados, y siempre que estos últimos no produzcan lesiones a terceros, se considerará que sólo hay intervención de un único vehículo a efectos de aplicación del convenio.

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.

2.2 Participación de entidades no adheridas.

El convenio será de aplicación entre las partes afectadas adheridas incluso cuando intervengan en el siniestro vehículos asegurados por entidades no adheridas. En estos casos, el pago de las prestaciones que les hubiesen correspondido a las entidades no adheridas podrá ser reclamado a las entidades aseguradoras adheridas, las cuales dispondrán de un plazo de sesenta días naturales desde la recepción del parte de asistencia para comunicar al centro sanitario la aceptación o rechazo del pago. No hay posibilidad de aceptar parcialmente el pago.

Si se produjera el rechazo del pago por parte de la entidad aseguradora adherida, este deberá hacer referencia a la totalidad del siniestro y ser justificado documentalmente (atestado, sentencia, diligencia judicial, etc.). En cualquier caso, la documentación justificativa aportada por la entidad aseguradora podrá habilitar al INGESA, para emitir la factura por el total de la asistencia prestada a la entidad que corresponda. En el supuesto de no contestación en estos términos por la entidad aseguradora adherida en el plazo indicado, se procederá mediante el sistema CAS a efectuar el pago automático, conforme a las tarifas del presente convenio, de los lesionados intervinientes en el siniestro.

En caso de rechazo o de no aceptación, el INGESA, queda facultado para reclamar a la entidad no adherida los importes a precio público que correspondan por la prestación asistida.

2.3 Concurrencia de seguros.

Si algún vehículo se encontrase cubierto por más de un seguro de responsabilidad civil de Suscripción Obligatoria, la Entidad Aseguradora adherida al convenio 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.

2.4 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:

1.º Personas físicas o jurídicas no vinculadas por este convenio.

2.º Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable, según las categorías establecidas en artículo 4 del Reglamento (UE) núm. 168/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de enero de 2013, relativo a la homologación de los vehículos de dos o tres ruedas y los cuatriciclos, y a la vigilancia del mercado de dichos vehículos, en siniestros con participación de dos vehículos a motor de los que uno de ellos sea de la tipología descrita en este apartado.

2.5 Siniestros en que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros.

De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el Consorcio de Compensación de Seguros asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen en los supuestos antes definidos, de acuerdo con las siguientes normas:

a) Se remitirá al Consorcio de Compensación de Seguros copia de los partes de asistencias correspondientes a las facturas pendientes de pago de cada aseguradora de las referidas, adjuntando documentación acreditativa, de que, en el plazo determinado en este convenio, fueron remitidas a las entidades aseguradoras.

b) El Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de facturas emitidas por prestaciones realizadas en un plazo superior a un año antes de declararse el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación del artículo 11 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, salvo que quede justificada documentalmente la interrupción de la prescripción.

c) Declarado el concurso o liquidación intervenida de una Aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros atenderá extrajudicialmente, los pagos pendientes de esta Entidad que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el correspondiente desistimiento de los procesos iniciados.

d) El Consorcio de Compensación de Seguros se compromete a comunicar a las partes firmantes del convenio todos los casos de entidades aseguradoras que se encuentren en las situaciones descritas.

Tercera. *Normas de procedimiento.*

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

1. Tramitación de partes de asistencia y facturas.

Los centros sanitarios del INGESA se comprometen a remitir a las entidades aseguradoras intervinientes en el siniestro, en el plazo de sesenta días naturales desde la recepción de un lesionado, a través del aplicativo CAS de TIREA, un parte de asistencia por cada lesionado, que deberá ser cumplimentado correctamente según el modelo que figura como anexo II. La remisión del parte de asistencia en plazo superior al señalado por causa justificada acreditada documentalmente en el sistema CAS, no repercutirá en cuanto a la aceptación de las prestaciones derivadas del mismo, siempre que el plazo extemporáneo sea inferior a un año.

Una vez aceptado el parte de asistencia, se enviará la factura. Las facturas deberán detallar los conceptos y precios correspondientes a las distintas prestaciones por los gastos sanitarios conforme a las normas del convenio.

En los casos de lesionados atendidos en régimen de hospitalización convencional o de cirugía mayor ambulatoria (CMA), junto a la factura que corresponda al alta se enviará la información sobre la asistencia realizada cuyo contenido y formato se especifican en el anexo III de este convenio. En cualquier caso, esta información no será utilizable para cuestionar el criterio médico seguido en el centro sanitario en cuanto a las prestaciones asistenciales realizadas siempre y cuando haya relación causal con las lesiones derivadas del accidente.

Cuando la estancia del lesionado supere el período primeramente facturado o cuando no hayan sido incluidas en la primera factura todas las prestaciones, se tramitarán periódicamente nuevas facturas.

Así mismo, podrán enviarse conjuntamente parte de asistencia y factura.

No se demorará, en ningún caso, 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 y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán rechazar las facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquellas que, presentadas dentro de plazo, no fueran objeto de reclamación por un período de tres años. Estos plazos quedarán interrumpidos, en su caso, desde la fecha de la remisión del expediente por el centro sanitario o la Entidad Aseguradora a la Subcomisión de Seguimiento y Vigilancia, reiniciándose el cómputo del plazo desde la fecha de la notificación al centro sanitario de la resolución adoptada.

Las prestaciones facturadas según lo señalado en los párrafos anteriores comprenderán todas las asistencias y períodos de control y revisiones hasta la total curación del lesionado con un límite temporal de dos años contados a partir de la primera asistencia. Este criterio general no será de aplicación en los supuestos de lesiones

susceptibles de asistencia sanitaria futura, en los que las prestaciones facturables por este convenio tendrán como límite la fecha en la que se determine la estabilización de las lesiones, de acuerdo con el procedimiento establecido para la prestación de atención sanitaria y el pago de estas asistencias.

Las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán solicitar las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas dentro de los primeros veinte días naturales siguientes a la presentación de las mismas al pago.

2. Declaración responsable.

En el supuesto de un siniestro ocasionado por un vehículo robado o sin seguro, el centro sanitario acompañará al parte o partes de asistencia, así como a la factura, 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 III 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 naturales después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

3. Aceptación o rechazo de los gastos sanitarios.

Las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en el plazo de treinta días naturales desde la recepción de la factura y, en su caso, del parte de asistencia, deberán comunicar fehacientemente, por escrito, al centro sanitario remitente, la aceptación o rechazo de los gastos sanitarios. En el supuesto de no comunicar el rechazo en estos términos por parte de la entidad aseguradora en el plazo indicado, se procederá mediante sistema CAS a efectuar el pago automático, conforme a las tarifas del presente convenio.

En el caso de partes de asistencia no adjuntados y cumplimentados correctamente, y siempre y cuando la Entidad Aseguradora lo haya comunicado al centro sanitario detallando el motivo del rechazo, no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que se subsane la deficiencia.

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

- a) No estar el siniestro dentro del objeto del convenio.
- b) No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- c) No estar obligado al pago según los supuestos de la cláusula segunda.
- d) Transcurso de los plazos de prescripción previstos en el convenio.
- e) Falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas.
- f) En los traumatismos menores de columna vertebral, haber transcurrido el límite temporal de setenta y dos horas desde la fecha del siniestro hasta la aparición de los síntomas.
- g) A los efectos del convenio, no será de aplicación el mismo respecto a aquellos lesionados que viajen en el vehículo fuera de los espacios destinados en el mismo para el transporte de personas, incluyendo las partes del habitáculo habitualmente destinadas a equipaje y/o mercancía, en función de la naturaleza, estructura y funcionamiento de los vehículos.

No podrá oponerse para excepcionar la aplicación del convenio que la ocupación del vehículo en el que viajaban los lesionados excedía del número de plazas legalmente permitidas.

La no comunicación fehaciente del rechazo, sin motivo justificado, conlleva la asunción de los gastos sanitarios. No obstante, cuando la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros manifieste fehacientemente al centro hospitalario fuera del plazo de rechazo no corresponderles el pago conforme a criterios del convenio, deberá atender los gastos de las prestaciones sanitarias realizadas hasta la comunicación de dicha notificación a la Subcomisión correspondiente. En este caso, la Entidad Aseguradora que sí esté obligada al pago no podrá alegar motivos de prescripción para no hacerse cargo de los gastos asistenciales.

4. Cumplimiento del pago.

Las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán proceder al abono de los gastos sanitarios en el plazo de aceptación citado en el apartado anterior, salvo que hayan comunicado fehacientemente detallando el motivo de su rechazo.

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 exista acuerdo.

Cuarta. *Comisión de Seguimiento y Vigilancia.*

1. Comisión de Seguimiento y Vigilancia.

En cumplimiento de las funciones previstas en el artículo 49.f), las partes suscriptoras del presente convenio, constituirán una Comisión de Seguimiento y Vigilancia de ámbito territorial en el INGESA (en adelante Comisión territorial) como órgano para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento de este convenio, otorgando a dicha comisión plena competencia sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de las partes adheridas a este convenio.

La Comisión territorial estará integrada por un máximo de cuatro representantes de cada una de las partes firmantes de este convenio (tres titulares y un sustituto). Igualmente, en caso necesario las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos que tendrán funciones meramente consultivas, sin voto.

La Comisión territorial, podrá acordar la constitución de una comisión de ámbito nacional (en adelante Comisión nacional) que estará integrada por representantes de las partes firmantes de este convenio y de los Servicios de Salud de Comunidades Autónomas que firmen un convenio con el mismo contenido al presente convenio. En su caso, las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos, que tendrán funciones meramente consultivas, sin voto.

La Comisión nacional estará integrada por representantes de las partes firmantes de este convenio con un máximo de tres representantes (dos titulares y un sustituto) designados por cada una de las partes firmantes del convenio, UNESPA estará integrada por un máximo de 6 representantes. En su caso, las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos, que tendrán funciones meramente consultivas, sin voto.

Las resoluciones de la Comisión nacional y territorial serán de obligado cumplimiento para las partes.

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

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

2. Funciones de la Comisión nacional y de la Comisión territorial.

Serán funciones de la Comisión nacional las siguientes:

1. Interpretar el convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.
2. Dirimir los desacuerdos existentes entre las partes firmantes y sus representadas, solamente los surgidos entre las entidades aseguradoras y los centros sanitarios.
3. Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Comisiones Territoriales.
4. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del convenio.

Serán funciones de la Comisión territorial, la segunda y la cuarta.

Serán funciones de la Comisión nacional la primera, y la tercera por delegación de la Comisión territorial.

La Comisión territorial creada a tal efecto se reunirá ordinariamente al menos una vez al año y extraordinariamente a instancia de una de las partes.

La Comisión territorial tratará de implementar la composición con la participación de asesores médicos de la parte sanitaria y aseguradora con el fin de que sean ellos los diriman las discrepancias que sean estrictamente de índole médica.

3. Resoluciones de la Comisión territorial y nacional.

Las partes firmantes de este convenio y sus respectivas representadas se obligan a someter las diferencias que en el ámbito del mismo puedan surgir, la falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas, así como la negativa o demoras en el pago de las mismas, a la Comisión territorial, la cual resolverá o dará traslado del asunto a la Comisión nacional para que resuelva. Dichos órganos actuarán a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente convenio, y de acuerdo con la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

No se podrá acudir a procedimientos administrativos o judiciales de ejecución hasta que no exista un pronunciamiento expreso de la Comisión nacional o de la Comisión territorial correspondiente; las cuales adoptarán los acuerdos pertinentes en un plazo máximo de seis meses desde la fecha en que fueron recepcionados los asuntos que se les someta. Transcurrido este plazo sin el citado pronunciamiento expreso, las partes representadas quedarán liberadas de la prohibición expresada al principio de este párrafo, al objeto de que se inicien cuantas acciones consideren oportunas en defensa de sus derechos.

Las resoluciones serán de obligado cumplimiento en el plazo de treinta días naturales desde su comunicación. En caso de incumplimiento de los acuerdos o decisiones tomadas en el seno de la Comisión nacional, así como las resoluciones de la Comisión territorial cuando por el transcurso del mencionado plazo hayan devenido firmes, el INGESA estará facultado para anular las facturas emitidas hasta la fecha según el convenio e iniciar el procedimiento de facturación siguiendo las tarifas por servicios y actividades de naturaleza sanitaria que el INGESA tenga aprobada en base al artículo 83 de la Ley General de Sanidad, que faculta a dicho servicio de salud a reclamar al tercero responsable el coste de la asistencia sanitaria prestada.

Las decisiones adoptadas por la Comisión nacional lo serán en todo caso por mayoría de votos.

Tanto la Comisión nacional como la Comisión territorial garantizarán el derecho de las partes a aportar las consideraciones y documentos que, en defensa de sus intereses, estimen oportuno.

La Comisión territorial será la facultada para acordar la facturación de intereses. Cuando se trate de expedientes en los que no consta ninguna alegación por parte de la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros que justifique el impago, el interés se aplicará desde el momento de la última asistencia incluida en la factura. En caso de que en el expediente se aporte justificación que acredite la existencia de algún motivo de rechazo, los intereses se aplicarán, en su caso, desde la

comunicación del acuerdo. El tipo de interés a aplicar será un interés simple, el legal anual publicado incrementado en el cincuenta por ciento (50 %).

Si los acuerdos de la Comisión nacional adoptan la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del convenio, la citada Comisión 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 y entidades aseguradoras representadas por cada una de ellas. Estos acuerdos de carácter general deberán expresar la fecha a partir de la cual producen sus efectos.

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 correo electrónico y teléfono. 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 veinte días naturales permitirán a la parte afectada someter la controversia a la Subcomisión.

Quinta. *Publicidad y comunicaciones.*

1. Publicidad.

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

2. Comunicaciones.

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los centros sanitarios como de las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, que sean consecuencia de las actuaciones previstas en el presente convenio, se realizarán a través del sistema CAS. En el caso de que se dieran circunstancias excepcionales ajenas a la voluntad de las partes que imposibilitaran la utilización del mencionado sistema CAS, las comunicaciones a que se hace referencia en este punto podrán realizarse mediante cualquier otro medio aceptado en derecho para esta finalidad.

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

El uso del sistema CAS y el tratamiento de los datos personales derivados de las actuaciones contempladas en este convenio se ajustarán a lo establecido en los artículos 146 y 147 de la Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en lo que resulte de aplicación.

En particular:

- El tratamiento de datos personales durante la vigencia del seguro y para la valoración, gestión y tramitación de los siniestros se sujetará a lo previsto en el artículo 146.

- El tratamiento de datos de salud en caso de siniestro se limitará a lo estrictamente necesario, conforme al artículo 147, con pleno respeto a la normativa de protección de datos y las garantías adicionales aplicables a los datos especialmente protegidos.

3. Información clínica.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales normativa española y la normativa de desarrollo aplicable, así como en la cláusula cuarta del presente convenio, todas aquellas personas que puedan tener acceso a datos de carácter

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

Las cesiones de datos derivadas de la aplicación del convenio para el pago de las prestaciones sanitarias no requerirán el consentimiento de las personas lesionadas, cuando el parte de asistencia es cedida a la entidad obligada al pago, conforme se establece en el artículo 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y al amparo del artículo 9.2 (g) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas, en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos). En cualquier caso, toda comunicación de datos realizada al amparo del convenio se sujetará a aquellos que sean los adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con la finalidad de la comunicación.

Los centros sanitarios que atiendan al lesionado proporcionarán información al lesionado acerca del tratamiento y base jurídica del tratamiento para que su información clínica relacionada con el pago de la prestación sanitaria, información que en todo caso estará sujeta a las restricciones de ser adecuada, pertinente y no excesiva a la finalidad de la comunicación, sea trasladada a efectos del tratamiento a las entidades aseguradoras o al Consorcio de Compensación de Seguros de los vehículos implicados en el siniestro, todo ello de conformidad con lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

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

Por último, en virtud de lo establecido en los artículos 145, 146 y 147 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y de lo establecido en el artículo 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, que regulan respectivamente: el tratamiento de los datos personales en el momento de la celebración de contrato de seguro y el tratamiento durante la vigencia del seguro y mientras subsistan las obligaciones del mismo, la valoración, gestión y tramitación de hechos de la circulación así como el tratamiento de los datos de salud. Las partes se comprometen a cumplir estas disposiciones, incluida la adopción de las medidas específicas de protección, transparencia, derechos de los interesados y confidencialidad exigidas por la normativa vigente.

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 hospitalario en el plazo de diez días naturales.

Séptima. Altas y bajas.

Las altas y bajas de centros sanitarios del INGESA y entidades aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente convenio se tramitarán mediante el documento de adhesión correspondiente que se tramitará a través de la Comisión Nacional de Seguimiento y Vigilancia.

Las modificaciones que se hayan de realizar en este convenio se tramitarán mediante adenda, de conformidad con la cláusula octava de este convenio.

La Comisión Nacional de Seguimiento y Vigilancia deberá notificar al resto de las partes, las altas y bajas siendo efectivas desde el primer día del mes siguiente a su notificación.

Las entidades aseguradoras se comprometen a comunicar a las Subcomisiones las fusiones, absorciones, cambios de domicilio social y demás variaciones en su situación jurídica que afecten al funcionamiento del convenio. La fecha de estas comunicaciones determinará las correspondientes variaciones en la determinación del obligado al pago, así como en la tramitación de los expedientes de acuerdo con las normas de procedimiento previstas en el convenio.

Octava. Extinción y modificación.

El presente convenio se extinguirá por el cumplimiento de las actuaciones que constituyen su objeto, por imposibilidad motivada para el cumplimiento de su objeto o por incurrir en alguna de las causas de resolución contempladas en el artículo 51.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

Se requiere acuerdo unánime de los firmantes para una posible modificación de este convenio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 49.g), de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, tramitándose mediante adenda y recabando la autorización del artículo 50.2.c) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

En cuanto a la terminación de las actuaciones en curso y demás efectos de la terminación del convenio por causa distinta a su cumplimiento, se estará a lo establecido en el artículo 52 de la ley 40/2015, de 1 de octubre.

Novena. Incumplimiento.

En el caso de incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por parte de alguno de los firmantes, será de aplicación lo establecido en el artículo 51.2.c) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre; cualquiera de las partes podrá notificar a la parte incumplidora un requerimiento para que cumpla en el plazo de treinta días naturales con las obligaciones o compromisos que se consideran incumplidos. Este requerimiento será comunicado a las demás partes firmantes. Si transcurrido el plazo indicado en el requerimiento persistiera el incumplimiento, la parte que lo dirigió notificará a las partes firmantes la concurrencia de la causa de resolución y se entenderá resuelto el convenio.

Décima. Jurisdicción.

Las controversias y diferencias que puedan surgir en relación con la interpretación, y aplicación, que no puedan solventarse por las partes en el seno de la comisión prevista en la cláusula 4.3 del presente convenio, se resolverán de conformidad con las normas de aplicación y ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Cláusula final.

Las partes firmantes del presente convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las cláusulas acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones, así como de los perjudicados amparados por el seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria.

Y para que conste firman las partes y a un solo efecto en el lugar y fecha indicado.—La Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Isabel Muñoz Machín.—El Director de Operaciones del Consorcio de Compensación de Seguros, Celedonio Villamayor Pozo.—La Presidenta de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, María Aranzazu del Valle Schaan.

ANEXOS AL TEXTO DEL CONVENIO

- Anexo I. Condiciones económicas.
- Anexo II. Modelo de parte de asistencia.
- Anexo III. Información clínica a aportar con la factura de hospitalización y CMA.
- Anexo IV. Modelo de declaración responsable.
- Anexo V. Relación de Centros del INGESA adheridos.
- Anexo VI. Relación de Entidades adheridas.

ANEXO I

Condiciones económicas 2026

1. Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 766 euros.

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.534 euros.

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (Real Decreto 69/2015; anexo I, 21).

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como $\frac{1}{2}$ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

- a) solicitud del paciente para ausentarse.
- b) informe médico que lo autorice.
- c) que se produzca una reserva de cama.
- d) que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido 324 euros.

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 32 euros.

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Cirugía mayor ambulatoria

Se definen como intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a los efectos de este convenio los procedimientos quirúrgicos terapéuticos realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, que no se han producido dentro de una hospitalización convencional y que se han realizado en un área específicamente dedicada a esta actividad en el centro hospitalario (Unidades de Cirugía sin ingreso).

Tendrán la consideración de intervenciones facturables de CMA aquellas que se lleven a cabo en las mencionadas Unidades de cirugía sin ingreso de los centros hospitalarios, sobre lesionados que habrán sido atendidos anteriormente en régimen de hospitalización o de primera asistencia en urgencias.

Precio por lesionado atendido 900 euros.

Visitas de seguimiento en consulta externa

Se consideran visitas sucesivas las consultas médicas ambulatorias que se realizan en el área de consulta externa de los centros de ámbito hospitalario y que se generan para llevar a cabo la revisión o el seguimiento de una asistencia previa de las lesiones derivadas de un accidente de tráfico.

Se entenderá que en cada una de las asistencias realizadas estarán incluidas todas las pruebas necesarias para el diagnóstico y determinación de tratamiento que se realicen.

Precio por visita realizada 75 euros.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 911 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.534 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 11.664 euros.

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables, en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 3.900 euros.

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

	fijo	Km
1. Servicios Programados		
1.1 Individual.	51 euros	0,78 euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.).	40 euros	0,60 euros
1.3 Traslado de críticos en UVI móvil.	404 euros	1,39 euros
2. Servicios No programados		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias).	57 euros	0,78 euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Condiciones económicas 2027

1. Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 793 euros.

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.588 euros.

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (Real Decreto 69/2015; anexo I, 21).

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como $\frac{1}{2}$ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

- solicitud del paciente para ausentarse.
- informe médico que lo autorice.
- que se produzca una reserva de cama.
- que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido 335 euros.

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 33 euros.

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Cirugía mayor ambulatoria

Se definen como intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a los efectos de este convenio los procedimientos quirúrgicos terapéuticos realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, que no se han producido dentro de una hospitalización convencional y que se han realizado en un área específicamente dedicada a esta actividad en el centro hospitalario (Unidades de Cirugía sin ingreso).

Tendrán la consideración de intervenciones facturables de CMA aquellas que se lleven a cabo en las mencionadas Unidades de cirugía sin ingreso de los centros hospitalarios, sobre lesionados que habrán sido atendidos anteriormente en régimen de hospitalización o de primera asistencia en urgencias.

Precio por lesionado atendido 932 euros.

Visitas de seguimiento en consulta externa

Se consideran visitas sucesivas las consultas médicas ambulatorias que se realizan en el área de consulta externa de los centros de ámbito hospitalario y que se generan para llevar a cabo la revisión o el seguimiento de una asistencia previa de las lesiones derivadas de un accidente de tráfico.

Se entenderá que en cada una de las asistencias realizadas estarán incluidas todas las pruebas necesarias para el diagnóstico y determinación de tratamiento que se realicen.

Precio por visita realizada 78 euros.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 943 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.588 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 12.072 euros.

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables, en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 4.037 euros.

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

	fijo	Km
<i>1. Servicios Programados</i>		
1.1 Individual.	53 euros	0,81 euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.).	41 euros	0,62 euros
1.3 Traslado de críticos en UVI móvil.	418 euros	1,44 euros
<i>2. Servicios No programados</i>		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias).	59 euros	0,81 euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Condiciones económicas 2028

1. Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 817 euros.

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.636 euros.

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (Real Decreto 69/2015; anexo I, 21).

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como ½ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

- solicitud del paciente para ausentarse.
- informe médico que lo autorice.
- que se produzca una reserva de cama.
- que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido 345 euros.

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 34 euros.

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Cirugía mayor ambulatoria

Se definen como intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a los efectos de este convenio los procedimientos quirúrgicos terapéuticos realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, que no se han producido dentro de una hospitalización convencional y que se han realizado en un área específicamente dedicada a esta actividad en el centro hospitalario (Unidades de Cirugía sin ingreso).

Tendrán la consideración de intervenciones facturables de CMA aquellas que se lleven a cabo en las mencionadas Unidades de cirugía sin ingreso de los centros hospitalarios, sobre lesionados que habrán sido atendidos anteriormente en régimen de hospitalización o de primera asistencia en urgencias.

Precio por lesionado atendido 960 euros.

Visitas de seguimiento en consulta externa

Se consideran visitas sucesivas las consultas médicas ambulatorias que se realizan en el área de consulta externa de los centros de ámbito hospitalario y que se generan para llevar a cabo la revisión o el seguimiento de una asistencia previa de las lesiones derivadas de un accidente de tráfico.

Se entenderá que en cada una de las asistencias realizadas estarán incluidas todas las pruebas necesarias para el diagnóstico y determinación de tratamiento que se realicen.

Precio por visita realizada 80 euros.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 971 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.636 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 12.434 euros.

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables, en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 4.158 euros.

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

	fijo	Km
<i>1. Servicios Programados</i>		
1.1 Individual.	55 euros	0,83 euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.).	42 euros	0,64 euros
1.3 Traslado de críticos en UVI móvil.	431 euros	1,48 euros
<i>2. Servicios No programados</i>		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias).	61 euros	0,83 euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

Condiciones económicas 2029

1. Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 833 euros.

Hospitalización en UCI: precio por estancia y día: 1.669 euros.

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Se considerarán Unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos (Real Decreto 69/2015; anexo I, 21).

Permisos fin de semana de lesionados ingresados. Se podrá facturar cada día en el que el lesionado se encuentre en esta situación como $\frac{1}{2}$ estancia. En cualquier caso, para que se pueda producir esta facturación se deberán dar las condiciones siguientes:

- solicitud del paciente para ausentarse.
- informe médico que lo autorice.
- que se produzca una reserva de cama.
- que se facilite la medicación adecuada si es necesaria.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido 352 euros.

No procede la facturación de las urgencias posteriores a hospitalizaciones.

No pueden facturarse dos urgencias por el mismo Servicio de salud en un mismo siniestro, ni tampoco podrá facturarse la urgencia en el mismo día en que se produce el ingreso, debiéndose facturar la estancia hospitalaria.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 35 euros.

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Cirugía mayor ambulatoria

Se definen como intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a los efectos de este convenio los procedimientos quirúrgicos terapéuticos realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, que no se han producido dentro de una hospitalización convencional y que se han realizado en un área específicamente dedicada a esta actividad en el centro hospitalario (Unidades de Cirugía sin ingreso).

Tendrán la consideración de intervenciones facturables de CMA aquellas que se lleven a cabo en las mencionadas Unidades de cirugía sin ingreso de los centros hospitalarios, sobre lesionados que habrán sido atendidos anteriormente en régimen de hospitalización o de primera asistencia en urgencias.

Precio por lesionado atendido 979 euros.

Visitas de seguimiento en consulta externa

Se consideran visitas sucesivas las consultas médicas ambulatorias que se realizan en el área de consulta externa de los centros de ámbito hospitalario y que se generan para llevar a cabo la revisión o el seguimiento de una asistencia previa de las lesiones derivadas de un accidente de tráfico.

Se entenderá que en cada una de las asistencias realizadas estarán incluidas todas las pruebas necesarias para el diagnóstico y determinación de tratamiento que se realicen.

Precio por visita realizada 82 euros.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 990 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.669 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 12.683 euros.

En el supuesto de motocicletas, ciclomotores o vehículos asimilables, en siniestros en los que interviene un solo vehículo, el importe de la facturación de las prestaciones efectuadas al conductor no podrá ser superior a 4.241 euros.

Cómputo del transporte en el límite del conductor: El traslado en ambulancia del lesionado debe computarse a efectos del límite de facturación del conductor lesionado en accidentes con intervención de un único vehículo.

El límite del conductor se deberá abonar independientemente de que se haya abonado ya hasta el límite en un Hospital perteneciente a otro Servicio de Salud. La aplicación del límite se realizaría como si se tratase de convenios distintos.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

	fijo	Km
<i>1. Servicios Programados</i>		
1.1 Individual.	56 euros	0,85 euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.).	43 euros	0,65 euros
1.3 Traslado de críticos en UVI móvil.	440 euros	1,51 euros
<i>2. Servicios No programados</i>		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias).	62 euros	0,85 euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

ANEXO II

**Seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos
a motor, de suscripción obligatoria**

Parte de asistencia

1. Centro asistencial*:
 Domicilio*:
 Teléfono: Población*:
 Servicio y facultativo responsable de la asistencia:

2. Lesionado:

Nombre y apellidos*:
 DNI* (número, menor, extranjero, desconocido): Edad:
 Domicilio:
 Fecha de asistencia*: Hora:
 Fecha del siniestro*: Lugar del siniestro:
 Condición del lesionado* (conductor, ocupante, peatón):

3. Vehículo respecto del cual ostenta esta condición:

Matrícula*: Marca:
 Motocicleta – Ciclomotor: SI ☐ NO ☐
 Número de certificado de seguro:
 Entidad aseguradora*:

En el caso de intervención en el siniestro de más de un vehículo:

Nombre del asegurado:
 Matrícula: Marca:
 Número de certificado de seguro:
 Entidad aseguradora:

Nombre del asegurado:
 Matrícula: Marca:
 Número de certificado de seguro:
 Entidad aseguradora:

4. Descripción de las lesiones que padece el lesionado: *

(Al menos uno de los apartados debe ser cumplimentado).

TCE (marcar una de las 4)

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Grave
- ☐ Muy grave

- ☐ LESIÓN MEDULAR
- ☐ AMPUTACIONES
- ☐ QUEMADURAS
- ☐ FRACTURAS MIEMBROS SUPERIORES
- ☐ FRACTURAS MIEMBROS INFERIORES
- ☐ FRACTURAS COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS
- ☐ FRACTURA TÓRAX / LESIÓN PULMONAR
- ☐ ESGUINCES, CONTUSIONES
- ☐ OTROS:

5. Otras informaciones:

INGRESO UCI: NO ☐ SI ☐

INGRESO HOSPITALARIO*: NO ☐ SI ☐

Los datos contenidos en los apartados 4 y 5 corresponden a la mejor información disponible sobre la situación del lesionado en el momento de cumplimentar este parte. Por tanto, no es vinculante en relación al tratamiento y las prestaciones futuras a recibir por el lesionado como consecuencia del accidente de circulación.

Los epígrafes señalados con * serán de obligado cumplimiento.

Centro asistencial, fecha y firma

ANEXO III

Seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos a motor, de suscripción obligatoria

Información clínica a aportar junto a la factura al alta de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria

La información que aportará el centro sanitario la obtendrá del informe de asistencia que se emite ordinariamente en el momento en que finaliza el episodio de hospitalización o de cirugía mayor ambulatoria.

En el sistema CAS se habilitarán los procedimientos para que la información correspondiente se incluya en el expediente del lesionado con las debidas garantías que establece la normativa de protección de datos personales que sea de aplicación.

La información que se incluirá se corresponde con las siguientes variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBDAH, Real Decreto 69/2015):

- a) Diagnóstico. Esta variable se define como la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del contacto con el centro hospitalario.
- b) Tipo de alta. Esta variable se refiere al destino inmediato del paciente tras el contacto asistencial (por ejemplo: domicilio, traslado a otro hospital, traslado a centro socio-sanitario, etc.).
- c) Dispositivo de continuidad asistencial. Esta variable hace referencia a la indicación de una nueva atención en el mismo centro sanitario tras el contacto inicial (por ejemplo: no precisa, consultas, hospital de día, etc.).

ANEXO IV

Declaración responsable para el Consorcio de Compensación de Seguros

Don/Doña con DNI núm.
y domicilio en teléfono
Don/Doña con DNI núm.
y domicilio en teléfono

Declaran bajo su responsabilidad:

Que tiene conocimiento del accidente de tráfico ocurrido en fecha,
a las horas, en, en
calidad de accidentado, acompañante, persona que prestó auxilio (táchese lo que no
proceda), refiriendo las siguientes circunstancias del accidente:

.....
.....
.....

Fecha:

Firma:

ANEXO V

Relación de centros del INGESA adheridos

Hospital Universitario de Melilla.	Melilla.
Centros de Salud (familiar y Atención Primaria).	Melilla.
Hospital Universitario de Ceuta.	Ceuta.
Centros de Salud (familiar y Atención Primaria).	Ceuta.

ANEXO VI

Entidades adheridas al convenio de asistencia sanitaria pública para lesionados en accidentes de tráfico 2026-2029

Relación de entidades aseguradoras adheridas a la fecha en que el convenio adquiera eficacia. No obstante, la relación de entidades aseguradoras actualizada se podrá consultar en la web del CCS y en la web de UNESPA

Código	Entidad
C0808	ABANCA GENERALES DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0805	ADMIRAL EUROPE COMPAÑÍA DE SEGUROS SAU (AECS).
E0226	AIG EUROPE SA SUCURSAL EN ESPAÑA.
C0109	ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
E0247	ALLIANZ DIRECT VERSICHERUNGS-AG, SUCURSAL EN ESPAÑA.
M0328	A.M.A., AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, MUTUA DE SEGUROS APF.
C0723	AXA SEGUROS GENERALES, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0767	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0807	BBVA ALLIANZ SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
C0502	BBVA SEGUROS, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SA (CASER).
C0247	DIVINA PASTORA SEGUROS GENERALES, SAU.
L0329	EURO INSURANCES DAC.
M0134	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
E0118	FIDELIDADE COMPANHIA DE SEGUROS, S. A. (PORTUGUESA) SUCURSAL EN ESPAÑA.
C0467	GENERALI ESPAÑA SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
C0089	GES, SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
C0157	HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
L0639	INSURANCE COMPANY EUROINS JSC.
L0376	L' EQUITE COMPAGNIE D' ASSURANCES ET DE REASSURANCES.
C0188	LA UNIÓN ALCOYANA, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0720	LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, SA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0058	MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
C0794	MGS SEGUROS Y REASEGUROS SA.
M0107	MUSSAP, MUTUA DE SEGUROS Y REASSURANCE APF.

Código	Entidad
M0140	MUTUA LEVANTE, MUTUA DE SEGUROS.
M0083	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS APF.
M0084	MUTUA MMT SEGUROS, SOCIEDAD MUTUA DE SEGUROS APF.
M0167	MUTUA SEGORBINA DE SEGUROS APF.
M0216	MUTUA TINTERFEÑA, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF.
C0468	OCCIDENT GCO, SA, DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL.
C0139	PATRIA HISPANA, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
M0050	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF.
C0613	REALE SEGUROS GENERALES, SA.
C0806	SANTANDER MAPFRE SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
C0124	SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0572	SEGUROS LAGUN ARO, SA.
M0191	SOLISS MUTUA DE SEGUROS.
M0363	UMAS, UNIÓN MUTUA ASISTENCIAL DE SEGUROS APF.
L1319	USAA SA.
C0785	VERTI ASEGURADORA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SA.
C0811	WELCOME SEGUROS 2020 SA.
E0189	ZURICH INSURANCE EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA.