

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TECNICAS
SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA
Exp.: SER 01/2025.**

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA. EXP SER-01/2025.

Índice:

- 1.- Objeto de la Contratación.
- 2.- Sujetos de la contratación.
- 3.- Primas y presupuestos.
4. Periodo de carencia y vigencia del contrato
5. Riesgos y coberturas mínimas cubiertas a garantizar
- 6.-Prestaciones obligatorias
7. Cobertura dental franquiciada.
8. Exclusiones.
9. Sistema de administración del contrato.
10. Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados.
11. Asistencia en viaje.
- 12.- Otras condiciones que regirán en el contrato.
13. Cláusula de mediación del contrato.

1. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

El objeto del presente Pliego es la regulación de las prescripciones técnicas que han de regir la contratación de un seguro colectivo de asistencia sanitaria (SALUD Y DENTAL), así como la asistencia en viaje fuera de España, conforme se especifica en los apartados siguientes, por parte del C.B Gran Canaria, S.A.D, para jugadores tanto del primer equipo como de equipos de cantera, que determine el C.B. Gran Canaria, y familiares de los anteriores (cónyuge o pareja de hecho y descendientes biológicos, por adopción o acogimiento ya sea por consanguinidad o afinidad, siempre que, residan en Gran Canaria y formen parte de la unidad familiar).

Mediante el cobro por el Asegurador de la correspondiente prima, y dentro de los límites pactados en el presente Pliego de Prescripciones Técnicas, la Compañía se compromete a prestar a los asegurados la asistencia sanitaria necesaria en España y en el extranjero.

2.- SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN.

Oferentes: las entidades aseguradoras, que deberán estar inscritas en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la autorización precisa en el ramo oportuno.

Tomador del seguro y pagador de la prima.- C.B. Gran Canaria, S.A.D.

Asegurados: Jugadores tanto del primer equipo como de equipos de cantera, que determine el C.B. Gran Canaria, y familiares de los anteriores (cónyuge o pareja de hecho y descendientes biológicos, por adopción o acogimiento ya sea por consanguinidad o afinidad, siempre que, residan en Gran Canaria y formen parte de la unidad familiar).

El colectivo asegurado estará cubierto de todos los riesgos que más adelante se indican sin que proceda limitación alguna por razón de la edad.

Para la consideración de una persona como integrante del grupo asegurado de la póliza será prueba suficiente una comunicación expedida por el Tomador a la compañía aseguradora, con los siguientes datos de todas las personas a asegurar:

- NIF/pasaporte
- Apellidos y nombre
- Fecha de nacimiento
- Sexo

A partir de ese momento, y durante la vigencia del contrato, el Tomador se obliga a comunicar mensualmente a la Compañía contratada las altas y bajas de asegurados, los cambios de domicilio y, en general, cuantas variaciones de datos del colectivo, así como cualquier circunstancia que tenga influencia en el seguro.

b) La póliza de seguro que se suscriba incorporará en el contrato como parte de la misma, además de las condiciones generales, particulares y franquicias dentales, el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y el presente Pliego de Prescripciones Técnicas firmados por todas las partes implicadas en la contratación. Todo ello configurará el contrato de seguro.

El contenido de dichos Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares y Prescripciones Técnicas prevalecerá sobre el condicionado general en caso de duda, sin perjuicio que con la finalidad de fomentar la concurrencia de Compañías Aseguradoras, las condiciones y exclusiones que constan en los referidos pliegos podrán ser adaptadas a las ofertas técnicas que presenten las distintas Compañías

3. PRIMAS Y PRESUPUESTOS

3.1. Precios unitarios

C.B. Gran Canaria SAD abonará y soportará directamente las primas del colectivo. Se aplicará un sistema de prima nivelada, con un precio unitario por persona asegurada, independientemente de la edad y del sexo.

El precio unitario mensual máximo por persona asegurada será de **cincuenta y cinco euros (55,00 €)**.

La Compañía adjudicataria del contrato, en función de la duración del mismo, utilizará el IPC "Índices nacionales de subclases para seguros médicos" para la actualización de primas a la renovación, medido de forma interanual tres meses antes de la fecha de renovación.

3.2. Presupuesto del contrato.

El presupuesto del contrato se establece mediante el precio mensual máximo por persona especificado en el apartado anterior, de modo que el importe total del contrato dependerá del número total de asegurados durante la vigencia del mismo.

No obstante lo anterior, y a los efectos de determinar el procedimiento de contratación, se ha calculado el presupuesto del contrato sobre la base de la estimación del número asegurados para la temporada deportiva 2024/2025 multiplicado por el importe del precio unitario máximo fijado, tomando como referencia el número de asegurados de temporadas anteriores.

En función al criterio expuesto, el presupuesto inicial del contrato asciende a la cantidad de **VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS EUROS (29.700,00 €)**.

Este importe incluye la prima neta, la tasa de consorcio de seguro y el resto de impuestos que sean aplicables

El número inicial de asegurados para los que se suscribirá el seguro colectivo de asistencia sanitaria es de **cuarenta y cinco personas**, aproximadamente.

Total asegurados: 45

Precio unitario: 55 € / asegurado/ mes.

Total coste anual: 29.700,00 €.

El precio real del contrato será el resultado de multiplicar el precio unitario ofertado por el adjudicatario por el número de beneficiarios real en cada momento del contrato, debiéndose aplicar las oportunas modificaciones al alza o a la baja atendiendo al número real de asegurados.

3.3. Asegurados

El número total de asegurados indicado en el apartado 3.2 anterior es orientativo, por cuanto no se conoce con exactitud las personas que integrarán el colectivo a asegurar en el momento de formalizar el contrato y durante la vigencia del mismo, debido a la fluctuación de altas y bajas que se pudieran producir.

Las posibles modificaciones tendrán lugar en el momento de formalizar el contrato y durante la vigencia del mismo, actualizándose por tanto los importes de las cuotas correspondientes a abonar.

Las bajas de asegurados que se produzcan después de la entrada en vigor del Contrato tomarán efecto el día primero del mes siguiente a la fecha de comunicación efectuada por el tomador, y las altas en la fecha en que sean comunicadas.

En los supuestos de hijos recién nacidos, así como en las situaciones de adopción y acogimiento, el derecho a la asistencia sanitaria nace desde la misma fecha de nacimiento, adopción y acogimiento.

Se cobrará o extornará en cada caso por los movimientos comunicados, siempre con fecha de efecto al del mes siguiente a la del movimiento.

3.4. Ámbito territorial de cobertura

Para la totalidad del colectivo asegurado, el ámbito territorial de cobertura de los riesgos recogidos en el apartado 4 siguiente, se extiende a todo el territorio nacional, con independencia de que los medios sean propios o subcontratados.

Adicionalmente, la empresa adjudicataria deberá ofrecer cobertura médica fuera del territorio nacional en caso de urgencia, con un límite mínimo de **12.000 euros**, siempre que la estancia en el extranjero no supere los 90 días.

4. PERIODO DE CARENCIA Y VIGENCIA DEL CONTRATO

4.1. Periodo de carencia y condiciones de adhesión

- No será de aplicación ningún periodo de carencia, para ninguna de las prestaciones mínimas detalladas recogidas en el apartado 5 de este pliego, existiendo por tanto plenitud de efectos para todas las prestaciones garantizadas en la Pólizas que se concierten desde el mismo día de su entrada en vigor.
- La cobertura se otorgará para todos los riesgos sin limitación de edad.
- Los asegurados no participarán en el coste de los servicios, sin aplicarse por tanto copago alguno ni talones por servicios sanitarios prestados a los asegurados. De tal modo, salvo situaciones excepcionales, dentro del territorio nacional los asegurados no deberán realizar pago adelantado por las prestaciones cubiertas en el contrato de seguro de asistencia sanitaria.

4.2. Vigencia y duración del contrato

El Contrato de Seguro de Asistencia Sanitaria licitado a través del presente pliego tendrá una duración de una (1) temporada deportiva (2025/2026), prorrogable, con un preaviso de 2 meses antes del vencimiento, hasta un máximo de una (1) temporada adicional (01/07/2026 al 30/06/2027). El periodo de vigencia inicial del contrato será desde 01/07/2025 o desde la fecha de formalización del contrato, si

esta fuese posterior, hasta las 24:00 horas del día 30 de junio de 2026, reservándose el tomador la posibilidad de anticipar su comienzo.

En el supuesto de que no se prorrogue, y en tanto en cuanto se resuelva la nueva licitación pública que al efecto se convoque, la Entidad Aseguradora estará obligada a prorrogar el contrato en vigor, si el C.B. Gran Canaria así lo solicitara, por un periodo de tiempo máximo de seis meses.

Las condiciones técnicas y económicas de la prórroga serán las mismas que las del contrato en vigor, siendo su importe proporcional al tiempo prorrogado.

La cobertura de los asegurados será inmediata desde el mismo momento en que tengan derecho a ella, independientemente de la fecha de comunicación del alta a la compañía.

5. RIESGOS Y COBERTURAS MINIMAS CUBIERTAS A GARANTIZAR

La oferta contemplará la cobertura de, al menos, y con **carácter de mínimos**, las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que a continuación se relacionan.

5.1 Medicina primaria

El seguro cubrirá medicina general, pediatría, neonatología y puericultura y servicio de Asistente Técnico Sanitario (ATS), Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), o titulación equivalente, y la asistencia se hará en consulta y a domicilio.

5.2 Urgencias

Servicio permanente de urgencias en centros concertados por la aseguradora. En caso de ser necesario se prestará también a domicilio por médico y Asistente Técnico Sanitario (ATS) o Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), o titulación equivalente.

La cobertura del contrato incluirá la prestación, en caso de ser necesario, de servicio de UVI móvil.

5.3 Especialidades

- ⇒ Alergología-inmunológica
- ⇒ Anestesiología y reanimación
- ⇒ Angiología y cirugía vascular
- ⇒ Aparato digestivo
- ⇒ Cardiología.
- ⇒ Cirugía Ano-rectal
- ⇒ Cirugía artroscópica
- ⇒ Cirugía cardiovascular

- ⇒ Cirugía general y del aparato digestivo
- ⇒ Cirugía maxilofacial
- ⇒ Cirugía pediátrica
- ⇒ Cirugía plástica reparadora incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, así como prótesis mamaria necesaria.
- ⇒ Cirugía torácica
- ⇒ Cirugía ginecológica
- ⇒ Cirugía de la mama
- ⇒ Cirugía vascular
- ⇒ Dermatología, dermatología medico quirúrgica
- ⇒ Endocrinología y nutrición
- ⇒ Geriatria
- ⇒ Hematología general y oncológica
- ⇒ Hepatología y hemoterapia
- ⇒ Inmunología
- ⇒ Medicina interna
- ⇒ Medicina nuclear
- ⇒ Nefrología
- ⇒ Neonatología
- ⇒ Neumología. Aparato respiratorio
- ⇒ Neurocirugía
- ⇒ Neurofisiología clínica
- ⇒ Neurología
- ⇒ Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a partos. Planificación familiar. Medicina Preventiva, revisión ginecológica anual para la prevención de cáncer de mama, endometrio y cérvix. Ecografía, curva de tolerancia, preparación de parto y anestesia epidural e incubadora.
- ⇒ Odonto-estomatología. Cobertura de las curas estomatológicas, extracciones, radiografías y dos limpiezas de boca anual.
- ⇒ Oftalmología
- ⇒ Oncología médica
- ⇒ Oncología radioterápica

- ⇒ Otorrinolaringología
- ⇒ Psiquiatría
- ⇒ Rehabilitación y fisioterapia
- ⇒ Reumatología
- ⇒ Tratamiento del dolor
- ⇒ Traumatología y cirugía ortopédica
- ⇒ Unidad del dolor
- ⇒ Urología

5.4 Medios y pruebas de diagnóstico

- ⇒ Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología
- ⇒ Mamografía
- ⇒ Anatomía patológica
- ⇒ Radiodiagnóstico
- ⇒ Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.
- ⇒ Medios de diagnóstico de alta tecnología: inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), PET/TAC. Las pruebas genéticas quedarán cubiertas siempre que su fin sea el diagnóstico de enfermedades.
- ⇒ Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular

5.5 Hospitalización

- ⇒ Hospitalización obstétrica (partos)
- ⇒ Hospitalización con y sin intervención
- ⇒ Hospitalización quirúrgica
- ⇒ Hospitalización médica
- ⇒ Hospitalización pediátrica
- ⇒ Hospitalización en UVI/UCI
- ⇒ Hospitalización con cama de acompañante. En habitación individual con cama para un acompañante.

Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de la Compañía aseguradora.

Otros servicios

- ⇒ Ambulancias y transporte sanitario
- ⇒ Matronas
- ⇒ Preparación al parto

6. PRESTACIONES OBLIGATORIAS

Las ofertas presentadas deberán incluir obligatoriamente, al menos los siguientes aspectos:

1. Sin copago ni talones por servicios sanitarios prestados a los asegurados.
2. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero, tanto por accidente como por enfermedad, ya sea por motivos profesionales o personales hasta un mínimo de 12.000 euros.

7. COBERTURA DENTAL FRANQUICIADA

La Compañía aseguradora garantizará a través de los Centros y Profesionales concertados por ésta la cobertura dental necesaria, siendo por parte del asegurado el pago de la franquicia debida de acuerdo con los precios que fije la Compañía de forma anual.

Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, salvo en aquellos casos que sea imposible efectuar el tratamiento en consulta, que se realizará en ámbito hospitalario a determinar por la aseguradora y con anestesia general si resultara necesario.

No se considerará excluyente, y por lo tanto queda incluida en la póliza dental, la asistencia sanitaria que se precise por las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas y auto lesiones.

8. EXCLUSIONES:

Con objeto de salvaguardar al máximo el principio de concurrencia de las Compañías Aseguradoras a la contratación de la póliza objeto de la licitación que se delimita en el presente Pliego, **las exclusiones que a continuación se especifican podrán ser adaptadas a las ofertas técnicas que presenten las citadas Compañías** en sus respectivas licitaciones.

Las exclusiones aplicables:

1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.

2. Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.
 3. Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.
 4. La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos, salvo los derivados de temas oncológicos, accidentes y quemados. La Cirugía del cambio de sexo. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo), salvo con franquicia.
 - 5.- Enfermedades congénitas.
 6. Los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos.
 7. La Homeopatía, organometría y acupuntura, así como las técnicas diagnósticas o de tratamiento experimentales o no reconocidas por la ciencia médica o realizadas para ensayos clínicos de cualquier tipo.
 8. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria.
 9. En Tocoginecología se excluyen (salvo con franquicia) las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial, la fecundación «in vitro» y los DIU hormonales. También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo aunque esté indicada en los términos previstos por la legislación vigente.
 10. En Rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica.
- Así mismo se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación en enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.
10. Los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos no contemplados.
 11. Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas (salvo con franquicia). Y en todos los casos, el láser quirúrgico, cualquiera que sea el órgano a tratar.
 12. La radiocirugía esterotáxica, así como otras técnicas especiales de radioterapia, heterólogo) y córnea (siendo el coste de ésta a cargo del asegurado).

14. Se excluyen de la cobertura del seguro todos aquellos medios, procedimientos y técnicas de diagnóstico o tratamiento no reconocidos o no universalizados en la práctica médica habitual, o que sean de carácter experimental o de investigación.

15. Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica no incluida expresamente en la cobertura de la póliza, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contratación de la misma, se consideran excluidas, salvo que la Entidad comunique expresamente su incorporación.

16. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad.

9. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

La entidad adjudicataria aceptará a la firma del contrato, en calidad de asegurados de la póliza que se vaya a concertar, a todas las personas que conforman el colectivo, con el único requisito de la certificación expedida por el C.B. Gran Canaria S.A.D como documento de confirmación de inclusión de los asegurados en las referidas pólizas.

La entidad adjudicataria deberá emitir durante los 10 primeros días de vigencia del contrato, la siguiente documentación: 1. Información relativa a las condiciones generales y particulares de la póliza.

2. Catálogo de servicios (cuadro médico) con la relación de profesionales y centros médicos o sanitarios (propios o concertados por el asegurador) en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario de consulta.

3. Tarjeta sanitaria personal acreditativa de los servicios frente a los profesionales y centros concertados.

Para las nuevas altas que se produzcan con posterioridad a la fecha de efectos de la póliza, se emitirá la anterior documentación igualmente en el plazo máximo de 6 días desde la comunicación.

Desde la fecha de alta, la entidad adjudicataria deberá emitir una carta de garantía individual para cada asegurado, en el caso de que a la entrada en vigor de las pólizas no se haya facilitado la documentación indicada en este apartado.

La compañía aseguradora a través de los médicos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar clara y adecuadamente a los asegurados acerca de la forma de obtenerla (desplazamiento a la compañía, vía fax, telefónica, Internet....)

10. NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

Los derechos de los asegurados comienzan el mismo día en que el Tomador comunique su alta a la compañía aseguradora, salvo para el caso de la inscripción

inicial que entrará en vigor, desde la fecha de formalización del contrato o aceptación de la adjudicación.

En cualquier caso, la no presentación de la tarjeta sanitaria personal en el momento de la asistencia, en situaciones de urgencia, en aquellos casos en que la compañía aseguradora todavía no la haya emitido, no podrá impedir ni condicionar el derecho del asegurado a hacer uso de los servicios concertados a través de la aseguradora, obligándose ésta a informar y procurar los mecanismos necesarios para dar cumplimiento de lo anterior por parte de los facultativos y de los centros que consten en su catálogo de servicios.

11. ASISTENCIA EN VIAJE.

Como complemento a las coberturas asistenciales descritas anteriormente, está la asistencia en viaje, cuya protección se desarrolla fuera del territorio nacional en las condiciones que determine cada asegurador y que deberán incluir como mínimo las siguientes prestaciones:

- Repatriación sanitaria de heridos y enfermos. En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la Compañía se hará cargo:

a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

b) Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la Compañía se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

-Repatriación de los asegurados. Cuando a uno de los asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación a la garantía anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Compañía se hará cargo de los gastos correspondientes a:

a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta donde esté hospitalizado el asegurado repatriado.

b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando estos fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

- Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel. Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y la duración de su internamiento se prevea superior a los

5 días, la Compañía pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado. Además el asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 60€ por día y con un máximo de 600€.

-Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización. Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria la Compañía se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad mínima cubierta por la Compañía por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, será de 12.000,00€.

-Gastos odontológicos de urgencia. Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas, el asegurado requiere un tratamiento de urgencia, la Compañía se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de 240 €.

-Envío de medicamentos. La Compañía se encargará del envío de los medicamentos, prescritos por un facultativo, necesarios para la curación del asegurado, siempre que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se halle.

-Gastos de prolongación de estancia en un hotel. Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, la Compañía se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 60€ por día y con un máximo de 600€.

-Repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes. La Compañía se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de la repatriación hasta el lugar de inhumación en España. En el caso de que los familiares de los asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza, para acompañarles en el viaje, la Compañía pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

-Transmisión de mensajes. La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

12.- OTRAS CONDICIONES QUE REGIRÁN EN EL CONTRATO.

Con la finalidad de fomentar la concurrencia de Compañías Aseguradoras, **las anteriores condiciones y exclusiones podrán ser adaptadas a las ofertas técnicas que presenten las distintas Compañías.**

13. CLAUSULA DE MEDIACIÓN DEL CONTRATO.

Las compañías aseguradoras podrán incorporar mediadores de seguros (agentes o corredores de seguros) en el contrato.