



Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua
Departamento de Interior,
Función Pública y Justicia
Barneko, Funtzio Publikoko
eta Justiziako Departamentua

**Servicio de Régimen Jurídico
y Previsión Social**
Araubide Juridikoaren eta Gizarte
Aurreikuspenaren Zerbitzua
C/ Navarrería, 39-1.ª planta
Navarrería kalea, 39-1. solairua
31001 PAMPLONA / IRUÑA
Tel. 848 42 13 06

PLIEGO REGULADOR PARA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO DE VIDA PARA EL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA Y SUS ORGANISMOS AUTÓNOMOS PARA LOS AÑOS 2026 Y 2027

1. PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

ÍNDICE

ELEMENTOS PERSONALES DEL CONTRATO

- I. TOMADOR
- II. ENTIDAD ASEGURADORA
- III. GRUPO ASEGURADO/A
- IV. CONDICIONES DE ADHESIÓN
- V. CLÁUSULA DE “ERROR ADMINISTRATIVO”
- VI. PERSONAS BENEFICIARIAS

GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS

- VII. COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS
- VIII. RIESGOS EXTRAORDINARIOS
- IX. CLÁUSULA DE ACTUALIZACIÓN Y VINCULACIÓN AUTOMÁTICA A LO REQUERIDO POR LOS ACUERDOS SOBRE CONDICIONES DE EMPLEO
- X. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL DE COBERTURA
- XI. FECHA DE EFECTO DE LOS SINIESTROS
- XII. DEFINICIONES DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS
- XIII. DESAPARICIÓN DE PERSONAS
- XIV. VINCULACIÓN A LAS DECISIONES DE LOS ÓRGANOS SOCIALES

EXCLUSIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

- XV. RIESGOS EXCLUIDOS

ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

- XVI. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO
- XVII. REQUISITOS MÉDICOS Y CONDICIONES DE ADMISIÓN
- XVIII. COLECTIVO ASEGURADO
- XIX. LA CORREDURÍA DE SEGUROS

TRATAMIENTO DE SINIESTROS

- XX. GESTIÓN DE SINIESTROS/INFORMACIÓN DE SINIESTRALIDAD.
- XXI. DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO
- XXII. PLAZO PARA EL ABONO DE LOS SINIESTROS
- XXIII. RIESGO Y VENTURA

FÓRMULA DE PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS

- XXIV. FÓRMULA DE PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS

CONTENIDO DEL CONTRATO DE SEGURO

- XXV. CONTENIDO DEL CONTRATO DE SEGURO

ELEMENTOS PERSONALES DEL CONTRATO

I. TOMADOR

La Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

II. ENTIDAD ASEGURADORA

La entidad aseguradora que asume los riesgos pactados contractualmente.

La adjudicataria deberá ostentar la condición de entidad aseguradora legalmente autorizada para operar en los ramos de seguro a contratar y, que se encuentre dada de alta en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, y que, por tanto, posee la forma jurídica, solvencia y restantes requisitos y condiciones para el ejercicio de la actividad aseguradora que se establecen en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

III. GRUPO ASEGURADO/A

El grupo asegurado es el **personal funcionario, laboral y eventual** al servicio de la **Administración de la Comunidad Foral y sus Organismos Autónomos**, así como su **personal temporal con contrato administrativo o laboral**. Así mismo, se incluyen el **personal funcionario de carrera e interinos de la Administración de Justicia** adscritos a los servicios transferidos a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Queda asimismo incluido el **personal en situación de comisión de servicios**, tanto el perteneciente a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra que preste sus servicios en otras Administraciones públicas, como el perteneciente a otras Administraciones públicas en comisión de servicios en esta Administración, en los términos establecidos más adelante en esta misma cláusula.

Se encontrarán expresamente incluidos los **empleados del Consejo de Navarra**.

A los efectos de este contrato ha de entenderse por **personal funcionario**, los definidos como tales en el artículo 3.2. del Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de agosto, por el que se aprobó el Texto Refundido del Estatuto del Personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, referidos a la Administración señalada en el primer párrafo, que se encuentren en alguna de las siguientes **situaciones administrativas**:

- En situación de servicio activo, de conformidad con el artículo 23 del citado Texto Refundido.
- Excedencia especial por cuidado de hijo o familiar a su cargo reconocida conforme al artículo 27 del citado texto.
- Servicios especiales reconocidos conforme al artículo 24.2 de la misma norma

por encontrarse desarrollando actividades para su formación, perfeccionamiento o de investigación en la propia Administración de la Comunidad Foral de Navarra, así como al personal que se encuentra prestando servicios en fundaciones o empresas públicas participadas en un porcentaje superior al 50% por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Debe entenderse por **personal eventual** el señalado como tal en el artículo 3.3. del Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de agosto, es decir, el que ejerce exclusivamente, con carácter temporal, cargos políticos de libre designación o funciones de asistencia o asesoramiento a dichos cargos en la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Debe entenderse por **personal laboral** los que tienen una relación laboral de carácter indefinida fija con la referida Administración y sus organismos autónomos, de conformidad con el artículo 96 del precitado Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de agosto.

Debe entenderse por **personal temporal** el que en cada momento esté vinculado a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus Organismos Autónomos por un contrato laboral o administrativo de carácter temporal. Se incluirá, igualmente, al personal al que se le haya reconocido la condición de indefinido no fijo mediante resolución administrativa o sentencia judicial firme.

Debe entenderse por **personal funcionario de carrera al servicio de la Administración de Justicia**, adscrito a los servicios transferidos a la Comunidad Foral de Navarra mediante el Real Decreto 812/1999, de 14 de mayo, el definido como tal en el artículo 472.1 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, en relación con el artículo 1.1 del Real Decreto 1451/2005, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia.

Debe entenderse por **personal funcionario interino al servicio de la Administración de Justicia**, adscrito a los servicios transferidos a la Comunidad Foral de Navarra mediante el Real Decreto 812/1999, de 14 de mayo, el definido como tal en el artículo 472.2 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, en relación con el art. 30 del Real Decreto 1451/2005, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia.

La condición de persona asegurada será automática e independiente de su situación laboral y riesgo profesional, siendo así asegurados/as el personal:

- En situación de alta laboral.
- En excedencia especial por el cuidado de hijos o familiar a su cargo.
- Funcionarios y funcionarias en prácticas.
- Fijos discontinuos, que tendrán cobertura durante el periodo de

interrupción de sus contratos.

- En comisión de servicios, tanto los pertenecientes a la Comunidad Foral de Navarra que estén prestando sus servicios en otras Administraciones públicas, como a la inversa, si bien las garantías y capitales de este seguro sólo operarán completando hasta la cantidad aquí asegurada, la suma establecida por los seguros de las otras Administraciones públicas para estas personas aseguradas, o en su totalidad para las garantías que éstos no establezcan.
- Contratado temporal y el personal interino tras la extinción de su relación laboral o de servicio con la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos, cuando el fallecimiento o incapacidad permanente hayan sido generados por el mismo proceso de incapacidad temporal (IT), iniciado durante su vinculación laboral o de servicio con esta Administración y en todo caso a partir del 1 de junio de 2010.

A estos efectos se considerará que estamos ante el mismo proceso de IT en el caso de que el personal sanitario correspondiente expida parte de baja por recaída a los efectos del cómputo del periodo máximo de permanencia en situación de incapacidad temporal.

En este supuesto, la compañía aseguradora, las garantías y capitales aplicables a estos siniestros serán los existentes en la fecha del fallecimiento o de la resolución de incapacidad permanente.

- Cualquier otro personal que tenga derecho a este seguro de conformidad con los presentes pliegos, las normas pasadas, presentes y futuras aplicables al siniestro en cuestión o cuando así se establezca por el organismo competente o sentencia judicial firme.

En todo caso, no será óbice respecto a su condición de persona asegurada el encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:

- Con discapacidad.
- En situación de incapacidad temporal.
- Que ha causado baja en la administración por agotamiento del período de incapacidad temporal.
- En situación de tramitación de un expediente de incapacidad permanente.
- Personal que habiendo cumplido la edad ordinaria de jubilación permanezca al servicio de la administración tomador del seguro.
- Personal con la relación laboral en suspenso debido al reconocimiento de una incapacidad permanente con reserva de puesto de trabajo,

revisable, en un plazo igual o inferior a dos años, por previsible mejoría de su situación de incapacidad.

- Personal con patologías médicas previas a su situación de alta en la administración tomador del seguro, sean o no dichas patologías las que finalmente determinen la declaración de incapacidad permanente o su fallecimiento.

En el supuesto de que una persona empleada pública, a la que se le hubiera reconocido una incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez cubierta por la póliza, hubiese sido indemnizada por la misma, se reincorporase, en virtud de revisión por mejoría, al servicio de la Administración pública convocante de esta licitación, procederá su inclusión en la póliza, pero no podrá ser indemnizada nuevamente por el mismo grado de incapacidad derivada de la misma patología y contingencia por la que ya fue indemnizada la persona asegurada.

IV. CONDICIONES DE ADHESIÓN

La adhesión al presente colectivo y por lo tanto la condición de asegurado o asegurada, será automática, sin que sea necesario rellenar ningún cuestionario de salud, boletín de adhesión o similar y sin necesidad de realizar ningún tipo de reconocimiento médico.

V. CLÁUSULA DE “ERROR ADMINISTRATIVO”

En el caso de que por error u olvido no malintencionado del tomador o de las partes implicadas en la gestión y administración del contrato, incluyendo la correduría de seguros, no se hubiera incluido en el contrato de seguro a uno o varios empleados afectos al compromiso instrumentado a través de este contrato; o bien, no se hubiera notificado la modificación de garantías o capitales a cubrir; o bien, en el supuesto de que se hubiera notificado, se hubiera realizado erróneamente, y aquel/aquellos resultaran siniestrados, se suplirá ese error o falta de comunicación con un documento acreditativo expedido por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra o sus organismos autónomos, con el objeto de proceder a la indemnización que corresponda de acuerdo con el compromiso que el tomador mantenga con ese/esos empleados.

Todo ello sin perjuicio del cobro de la prima correspondiente en el plazo acordado en el sistema de administración del contrato.

VI. PERSONAS BENEFICIARIAS

Por la especial naturaleza del presente seguro se conviene expresamente que el tomador renuncia a la facultad de designación de persona beneficiaria para la percepción de las prestaciones de este contrato concediéndola, con toda su eficacia y de forma permanente, a las personas aseguradas del contrato.

Por este mismo hecho, la revocación de la designación de beneficiarios/as efectuada con anterioridad corresponderá a las personas aseguradas.

La condición de persona beneficiaria corresponderá a las personas físicas en cuyo favor se generen las prestaciones objeto de cobertura.

En caso de **incapacidad** de la persona asegurada será beneficiario/a la propia persona asegurada.

En caso de **fallecimiento** de la persona asegurada se estará a lo dispuesto en la última designación de beneficiarios/as realizada por la persona fallecida. El tomador del seguro conservará y facilitará a la aseguradora la designación, si la hubiere, que la persona asegurada haya realizado o bien, en el momento de su alta en la Administración de la Comunidad Foral de Navarra o en sus organismos autónomos, o bien, con posterioridad.

Se estará a la última designación expresa de beneficiarios/as, ya se haya realizado en la declaración de última voluntad o testamento, o en el impreso de designación de beneficiarios/as de la póliza notificado fehacientemente al tomador del seguro.

A falta de designación expresa de persona beneficiaria, quedan designados/as, por orden de prelación preferente y excluyente, los/las siguientes:

1. Las herederas o herederos testamentarios.
2. Cónyuge que no se encuentre legalmente separado o separada de la persona asegurada, o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la normativa correspondiente aplicable a la persona asegurada, cuya relación con la misma se acredite vigente al momento del fallecimiento de aquél o aquella.

A falta de otra indicación en normativa específica, la existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

3. En su defecto, a sus hijos o hijas, naturales o adoptados/as, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo la protección de la persona asegurada en régimen de acogimiento preadoptivo, todos ellos por partes iguales.
4. A falta de ellos/ellas, a sus progenitores, a partes iguales.
5. A falta de todos ellos, a sus herederos o herederas legales.

En caso de existir varios posibles beneficiarios o beneficiarias, y salvo que la persona asegurada hubiere efectuado el reparto por anticipado entre ellos, se repartirá de manera proporcional.

Los impresos de designaciones de beneficiarios/as obran en poder del tomador y mantendrán su vigencia independientemente de las modificaciones que se produjeran por cambio de compañía aseguradora, variación del número de las pólizas o

cualquiera otra modificación, salvo que la propia persona asegurada solicitara con posterioridad su modificación expresa.

GARANTÍAS Y CAPITALS ASEGURADOS

VII. COBERTURAS Y CAPITALS ASEGURADOS

GARANTÍA	SUMA ASEGURADA
Fallecimiento por cualquier causa	Mínimo de 25.000 €
Renta de escolarización	Mínimo de 1.523 € /año por cada hijo de las personas aseguradas durante la edad comprendida entre los 4 y los 22 años, ambos inclusive
Incapacidad Permanente Total por cualquier causa	Mínimo 20.234 €
Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez por cualquier causa	Mínimo 25.000 €

Tendrán derecho a renta de escolarización los hijos de la persona asegurada que hayan sido concebidos en vida de éste aun cuando no se hubiera producido su nacimiento en la fecha del fallecimiento.

Cumplida tal condición, tendrán aquéllos el derecho al percibo de la renta de escolarización aún si para cuando se produjera el nacimiento se hubiera ya extinguido el contrato de aseguramiento.

La renta de escolarización comienza desde el cumplimiento de los 4 años y hasta un día antes del cumplimiento de los 23 años, es decir, se comprende entre los 4 y 22 años del hijo beneficiario, ambos inclusive.

Las garantías de invalidez permanente no serán acumulativas entre sí.

Se establece la elección de la forma de cobro del capital asegurado para el beneficiario, pudiendo optar por la transformación del mismo en una renta inmediata equivalente, determinada con las bases técnicas vigentes en la fecha de transformación.

VIII. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario de conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre que aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios y demás disposiciones complementarias.

En aquellos supuestos de cobertura amparados bajo la garantía del Consorcio de

Compensación de Seguros, si la persona beneficiaria así lo solicita, el asegurador anticipará a la persona beneficiaria del seguro la indemnización que dicho organismo deba hacer frente. En este caso, la persona beneficiaria firmará una subrogación a favor de la entidad aseguradora sobre el derecho de cobro de la indemnización anticipada por ésta y, se comunicará al Consorcio para que sea tenida en cuenta en el momento del abono de la indemnización. En ningún caso la persona beneficiaria aceptará un doble abono y en caso de producirse quedará comprometido/a a su inmediata devolución al asegurador.

IX. CLÁUSULA DE ACTUALIZACIÓN Y VINCULACIÓN AUTOMÁTICA A LO REQUERIDO POR LOS ACUERDOS SOBRE CONDICIONES DE EMPLEO

El asegurador se compromete a actualizar las garantías y los capitales asegurados del presente contrato con el fin de adaptarlos al compromiso asumido por el tomador en el Acuerdo sobre condiciones de empleo o disposición equivalente. De igual forma se actuará respecto a la inclusión de nuevos colectivos a los que se venga obligado a incorporar como asegurados por acuerdos, normativa o decisiones de los organismos e instituciones competentes.

Una vez actualizados las garantías y/o capitales, la inclusión de nuevo personal asegurado o la modificación de éste, el asegurador comunicará al tomador la nueva prima resultante a efectos de proceder a su pago. Los cambios de garantías y/o capitales asegurados y prima se documentarán mediante suplemento.

En todo caso, procederá el pago de los siniestros con las nuevas garantías y/o capitales asegurados aun cuando el contrato no se hubiera actualizado al nuevo compromiso y aun cuando la prima, por esa circunstancia, no se hubiera pagado.

En todos los casos el efecto de la cobertura será inmediato y para la totalidad del personal al que afecte la modificación, fuera cual fuese su situación laboral en ese momento (en alta laboral, en incapacidad temporal, en situación de suspensión de contrato por agotamiento del periodo máximo de incapacidad temporal, etc.).

X. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL DE COBERTURA

El ámbito geográfico de cobertura es mundial, sin ningún tipo de exclusión.

En cuanto al ámbito temporal las personas aseguradas quedan amparadas durante las veinticuatro horas del día, tanto en su vida ordinaria y particular, como en el ejercicio de su profesión.

XI. FECHA DE EFECTO DE LOS SINIESTROS

A efectos de la determinación de la aseguradora a la que corresponde atender el siniestro se establece lo siguiente:

- Para la cobertura de **fallecimiento** se estará a la fecha del fallecimiento.
- Para las coberturas de **invalidez permanente total, absoluta y gran**

invalidez se estará a la fecha de la resolución emitida por el Organismo competente. En los casos en que se establezca la revisión por previsible mejoría con reserva de puesto de trabajo, la fecha de siniestro será la de la primera resolución cuyo efecto quedó en suspenso temporalmente, salvo que como consecuencia de dicha revisión se reconozca un grado de incapacidad mayor, en cuyo caso la fecha del siniestro será la de la nueva resolución.

Así mismo, en el caso de que la incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez no se reconozca en la resolución inicial sino en virtud de nueva resolución o sentencia judicial firme dictada como consecuencia de la reclamación previa o demanda judicial correspondiente, la fecha de siniestro será la de la resolución impugnada.

Cláusula de salvaguarda: la compañía adjudicataria atenderá los siniestros de compañías anteriores cuando por razones del ámbito temporal de cobertura o de asignación de siniestros no se obtuviera cobertura al discutirse la misma por las aseguradoras implicadas, siempre que la Administración de la Comunidad Foral de Navarra se encuentre obligada al pago. En ese caso la adjudicataria deberá proceder al abono de la indemnización correspondiente, sin perjuicio de que, si así lo considera, pueda repetir frente a la aseguradora que entienda obligada a su abono.

XII. DEFINICIONES DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento por accidente o enfermedad)

- En caso de fallecimiento de la persona asegurada por cualquier causa (accidente o enfermedad) la compañía indemnizará el capital asegurado por esta garantía. Para el personal con relación extinguida con el Tomador, se considerará en cobertura por el contrato el fallecimiento por accidente dentro de los cinco años siguientes a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente en que traiga su causa.
- A los efectos del presente contrato se hace expresamente constar que, para todas las personas aseguradas, queda cubierto el riesgo de suicidio desde el primer momento de su inclusión en el seguro.

Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente o enfermedad

- A los efectos del presente contrato se considerará como Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente o enfermedad la situación física previsiblemente irreversible provocada por un accidente o enfermedad y determinante de la total ineptitud de la persona asegurada para el mantenimiento permanente de su profesión habitual. y que como tal sea reconocida por la Seguridad Social, Autoridad Laboral, u órganos jurisdiccionales competentes

Incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente o enfermedad:

- Se considera como incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente o enfermedad la situación física previsiblemente irreversible provocada por un accidente o enfermedad cubierto por el contrato y determinante de la total ineptitud del asegurado o asegurada para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados. y que como tal sea reconocida por la Seguridad Social, Autoridad Laboral, u órganos jurisdiccionales competentes.

Gran invalidez por accidente o enfermedad:

- Se considerará como gran invalidez la situación de una persona trabajadora afecta de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita de la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, y que como tal sea reconocida por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes.

Cuestiones comunes en el caso de reconocimiento de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez:

En el caso de que la resolución inicial que reconozca la situación de incapacidad permanente o gran invalidez derivada de cualquier causa establezca expresamente su revisión por previsible mejoría en un plazo igual o inferior a dos años con reserva de puesto de trabajo y derecho a la reincorporación laboral, en los términos señalados por la legislación vigente, el abono de la prestación prevista queda en suspenso y a expensas de lo que determine la revisión de la incapacidad por el órgano competente. Si la revisión (y los posibles recursos) tiene como efectos una mejoría con incorporación a la vida laboral, el siniestro se cerrará definitivamente sin abono de la indemnización. Si por contra, el órgano competente se ratifica en la incapacidad reconocida en su momento o se determina un grado de incapacidad mayor, se procederá a efectuar el pago inmediato de la indemnización correspondiente al grado de incapacidad finalmente reconocido.

Si esa revisión por mejoría prevista no se ha producido en el plazo máximo de los dos años previsto en el art. 48.2 quedará abierta para la persona asegurada la posibilidad de reclamar la indemnización, y la consiguiente obligación de abonarla para la entidad aseguradora, pues a partir de entonces la incapacidad declarada ya tendrá la condición de irreversible.

Si tras el reconocimiento inicial de la incapacidad se produce el fallecimiento de la persona asegurada, sin que en ningún momento se emita y notifique la resolución que determine su grado definitivo de incapacidad, se procederá al abono de la indemnización correspondiente a la incapacidad reconocida inicialmente.

Esta garantía será automáticamente aceptada e indemnizada por el asegurador cuando sea declarada o reconocida por el Organismo competente.

Para el personal con la relación extinguida con el tomador a la fecha de la resolución de reconocimiento de la incapacidad permanente o gran invalidez, cuando el accidente o enfermedad de la que trae causa se haya producido vigente la prestación de servicios al tomador, se considerará en cobertura por el contrato de seguro la incapacidad permanente o gran invalidez por accidente o enfermedad reconocida dentro de los cinco años siguientes a contar desde la fecha del accidente o fecha de determinación de la enfermedad en que traiga su causa.

En el caso de que el reconocimiento de la incapacidad permanente o gran invalidez de la persona asegurada como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por el contrato se produzca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar fehacientemente que el grado de incapacidad permanente reconocido es como consecuencia de dicho accidente o enfermedad.

En todo caso la contingencia, grado de invalidez y otros aspectos, quedarán determinados por las resoluciones de los organismos competentes y sentencias judiciales firmes.

XIII. DESAPARICIÓN DE PERSONAS

Se estará a lo dispuesto en los artículos 193 y siguientes del Código Civil en relación con la declaración de fallecimiento en los distintos supuestos contemplados en ellos.

Las personas beneficiarias percibirán la correspondiente indemnización previa asunción de la obligación de reintegrar a la entidad aseguradora el importe íntegro recibido, sin aplicación de intereses, para el supuesto de la supervivencia de la persona asegurada.

XIV. VINCULACIÓN A LAS DECISIONES DE LOS ÓRGANOS SOCIALES

Las coberturas del presente seguro tienen el carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social y de otros sistemas de previsión social de la Administración, con sujeción, en consecuencia, a las normas socio-laborales y administrativas, por lo que el seguro se ajustará, además de a la normativa contenida en la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro, y demás disposiciones en vigor, a los siguientes extremos:

Será vinculante para la determinación del grado de incapacidad y de la contingencia de la que trae causa, la decisión firme de los órganos competentes, tanto administrativos como judiciales, que se dicten con arreglo a la normativa laboral, de seguridad social o administrativa de aplicación a la persona asegurada.

A este respecto, se especifica que la graduación de las incapacidades y su respectiva correspondencia a efectos indemnizatorios será la siguiente: a la gran invalidez o a la incapacidad permanente absoluta reconocida en vía administrativa o judicial, corresponderá la incapacidad permanente absoluta cubierta en este contrato.

Para el colectivo de edad superior a la edad ordinaria de jubilación, si la Seguridad Social u otro organismo competente no entrara a efectuar la valoración del grado de incapacidad o de las secuelas existentes, se procederá conforme a lo siguiente:

- En el caso de accidente en el que se hubiera realizado una valoración médica por perito nombrado en sede judicial, se estará a lo establecido en el informe realizado al efecto, siempre que se hubiera valorado el grado de incapacidad laboral.
- En otro caso se estará a lo siguiente:
 - Serán requeridos los facultativos de la aseguradora, la cual vendrá obligada a efectuar la valoración de cualquier secuela, actuando como árbitro, en caso de discrepancia entre asegurador y persona asegurada, un facultativo independiente designado por el Colegio Médico de la provincia correspondiente y/o un facultativo determinado de común acuerdo entre las partes, cuyo coste será asumido por ambas partes a igualdad.
 - Si no se lograra el acuerdo, cada parte designará un perito estando a lo dispuesto en el artículo 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

EXCLUSIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

XV. RIESGOS EXCLUIDOS

Expresamente se hace constar que no existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de este contrato sin perjuicio de los riesgos extraordinarios amparados por el Consorcio de Compensación de seguros – cláusula 7 del presente pliego- que serán atendidos por dicha entidad de acuerdo con sus normas vigentes en cada momento.

ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

XVI. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

Tanto para la regularización del contrato como para su renovación se utilizará una tasa unitaria por persona asegurada que será el precio total del contrato dividido entre el número inicial de asegurados y aseguradas.

Así mismo se hace constar que el contrato será innominado sin necesidad de que el tomador facilite listado nominativo de personas aseguradas, siendo suficiente informar por parte del tomador del número de personas aseguradas en las fechas que a continuación se indican:

- Regularización de la prima por variaciones en el colectivo asegurado

En el primer trimestre de la anualidad siguiente se regularizará las altas y bajas de la anualidad anterior, practicándose a la vez la liquidación del pago de la prima complementaria o extorno a que hubiera lugar.

Para ello se facilitará, a la finalización del periodo, el promedio anual de las personas aseguradas, basado en los promedios mensuales, de la anualidad a regularizar. El

importe de la prima complementaria o extorno se calculará por la diferencia entre este promedio y el número de asegurados y aseguradas considerado en la renovación del contrato, aplicando la tasa unitaria por persona asegurada contratada.

En cuanto al personal temporal laboral y administrativo, y funcionarios interinos de la Administración de Justicia, el cálculo se realizará con base en los puestos de trabajo-año ocupados.

- Actualización del contrato de seguro

Igualmente, en el primer trimestre de la anualidad se calculará la prima de actualización anual que resultará de multiplicar la tasa unitaria por persona asegurada por el número promedio de asegurados y aseguradas del mes de diciembre inmediato anterior, con la excepción de los trabajadores temporales cuya renovación se realizará multiplicando la tasa unitaria por persona asegurada por el número promedio anual de puestos de trabajo temporales ocupados (jornadas equivalentes).

XVII. REQUISITOS MÉDICOS Y CONDICIONES DE ADMISIÓN

1. Para nuevas altas

No será de aplicación condición de adhesión ni requisito médico alguno para las altas que se produzcan con posterioridad a la fecha de efecto del contrato.

2. Para variaciones de capital asegurado o de garantías

Por tratarse de un contrato de seguro objetivo tanto en lo que se refiere a los elementos subjetivos, es decir, la totalidad del personal al servicio del tomador adscrito al compromiso por pensiones que este tiene asumido, como en lo referente a las garantías y capitales asegurados, los aumentos de capital o variaciones de garantías que tengan carácter general para todo o parte del colectivo asegurado se aplicarán de forma automática sin que sean de aplicación requisito médico o de adhesión alguno.

Igualmente, dichas variaciones, se aplicarán también al personal que se encuentre en situación de incapacidad temporal, en situación de suspensión del contrato, tramitación de invalidez, etc.

XVIII. COLECTIVO ASEGURADO

Se considerarán asegurados y aseguradas las personas que en cada momento formen parte de los grupos asegurados (cláusula III del presente pliego).

El presupuesto de este contrato se establece para un colectivo estimado inicialmente de 33.669,47 personas aseguradas.

El número promedio de personal fijo del mes de diciembre de 2024 ha sido de 18.674,61 asegurados y el número de puestos de trabajo temporales durante el año 2024 ha sido de 14.994,86 asegurados, dando como resultado un total de 33.669,47

asegurados.

XIX. LA CORREDURÍA DE SEGUROS

Mediante concurso público previamente celebrado ha sido adjudicado como corredor de seguros de la Dirección General de Función Pública la firma AON Gil y Carvajal. La retribución de este intermediario se realizará directamente por parte del asegurador en base a los porcentajes de comisión fijados en el citado concurso. Este dato se facilitará a los licitadores interesados y se entenderán, en todo caso, incluido en el precio ofrecido por la entidad aseguradora.

La eventual falta de pago por parte de la correduría de seguros a la compañía de seguros no será oponible por ésta contra el tomador, asegurado/a o beneficiario/a como motivo de no atención de siniestros.

La administración del contrato y la prestación al tomador de los servicios de asesoramiento y mediación de seguros privados, así como la posterior asistencia a éste, a las personas aseguradas y beneficiarios/as durante la ejecución del contrato de seguro será efectuada por la Correduría de Seguros.

Todas las notificaciones, avisos o comunicaciones de cualquier índole que se deriven del contrato serán cursados por el tomador del seguro y/o personal asegurado y/o beneficiarios/as a la compañía aseguradora adjudicataria de la presente licitación a través de Correduría de Seguros, y viceversa.

TRATAMIENTO DE SINIESTROS

XX. GESTIÓN DE SINIESTROS/INFORMACIÓN DE SINIESTRALIDAD.

El circuito de la tramitación de un siniestro comenzará en el momento en que el tomador o persona beneficiaria informe del mismo. La misma se remitirá inmediatamente al asegurador en los términos que se establezcan en las normas de funcionamiento.

El asegurador tendrá conocimiento de toda la documentación que sirva de base para analizar el siniestro, debiendo facilitar a la correduría o tomador el asesoramiento preciso para tramitar la prestación.

En caso de que el asegurador entendiera que el siniestro no está cubierto por la póliza o de que existiera discrepancia en la aseguradora obligada, lo comunicará a la Correduría antes del plazo de 7 días laborables desde la remisión de la documentación. En ese caso, en los términos expuestos en la cláusula XI del presente pliego se aplicará la denominada cláusula de salvaguarda.

La compañía adjudicataria del presente contrato deberá aportar al mediador designado, trimestralmente, completa información del desarrollo del contrato y, en especial de la siniestralidad del mismo. A tal efecto, el Informe de siniestros, en formato Excel o similar, incluirá, con carácter mínimo, la siguiente información para cada expediente:

- Número de expediente.

- Datos del asegurado o asegurada.
- Fecha de ocurrencia del accidente.
- Fecha de comunicación del siniestro.
- Fecha de entrega de la documentación completa.
- Importe pagado o reservado por cada garantía cubierta.
- En su caso, fecha del anticipo. o Fecha de pago.
- Estado de la tramitación de cada siniestro (anticipo, reserva, pagado).

Con carácter anual se informará, así mismo, de lo siguiente:

- Relación de los siniestros comunicados que hayan sido denegados, indicando el motivo de su denegación.
- Relación de supuestos abonados en aplicación de la cláusula de salvaguarda. Así mismo, en el caso de que se repercuta lo abonado, resultado de dicha reclamación.

XXI. DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

A) En caso de fallecimiento:

1. Fotocopia del Certificado de Defunción.
2. Fotocopia del D.N.I. de la persona asegurada y de los beneficiarios.
3. Fotocopia del Certificado del Registro de Actos de Última Voluntad y fotocopia del último testamento de la persona asegurada, si lo hubiera.
4. Fotocopia del Libro de Familia, salvo que exista designación expresa de beneficiarios.
5. Carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (solamente en caso de los beneficiarios no residentes en Navarra).
6. Hoja de designación de Beneficiarios para los seguros que designa y firma la
7. persona asegurada.
8. Para las rentas de escolarización, datos de los hijos (fecha de nacimiento, DNI y cuenta bancaria).
9. Certificado de titularidad bancaria de los beneficiarios.

B) En caso de Incapacidad

1. Fotocopia de la resolución del INSS u organismo oficial competente, o de la sentencia judicial firme que la reconozca,
2. Fotocopia del D.N.I. de la persona asegurada.
3. Fotocopia del dictamen propuesta del equipo de valoración de incapacidades u organismo equivalente, sin que se precise la concreta

mención a la patología causante de la invalidez, en el caso del personal adscrito a Seguridad Social.

4. Certificado de titularidad bancaria de los beneficiarios.

Con objeto de mejorar el plazo de abono de siniestros, facilitar la gestión de los mismos y posibilitar el envío de la documentación vía telemática, es imprescindible que la compañía licitadora asuma que la documentación que se va a entregar en todos los casos va a ser una copia escaneada de la misma incluyendo la declaración de beneficiarios cuya custodia corresponderá a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

XXII. PLAZO PARA EL ABONO DE LOS SINIESTROS

La adjudicataria queda obligada a abonar la indemnización que corresponda en el plazo máximo de quince días laborables a partir del momento en que reciba la documentación completa del siniestro.

Con independencia del momento de pago de la prima, el asegurador vendrá obligado al pago de las indemnizaciones por siniestros que se hayan producido en el periodo de vigencia del seguro. El plazo máximo para el pago de las indemnizaciones, aun cuando la prima estuviera pendiente de pago, es de quince días laborables a partir del momento en que la compañía adjudicataria reciba la documentación completa del siniestro.

De no abonarse la indemnización, sin causa justificada, en el plazo máximo de un mes desde dicha recepción, se aplicará el interés de mora previsto en la Ley de Contrato de Seguro, sin que sea preciso requerimiento previo por parte del tomador o de la correduría de seguros.

A los efectos del párrafo anterior, no se considerará causa justificativa, entre otras, las siguientes:

- Vacaciones, incapacidad temporal, licencias, excedencias etc. del personal adscrito a la ejecución del contrato.
- Por permanecer en huelga el personal adscrito a la ejecución del contrato.
- Cualquier otra que no tenga la consideración de causa justificativa tras su valoración por la unidad gestora.

XXIII. RIESGO Y VENTURA

Dentro del periodo de efectividad del contrato de seguro se mantendrán todas las garantías y capitales asegurados concertados no pudiendo la compañía aseguradora rescindir el contrato sea cual sea el número de siniestros que se produzcan y las cuantías de las correspondientes indemnizaciones, respetando los límites en cada caso señalados para cada siniestro.

El asegurador no podrá reclamar bajo ningún pretexto, ni aun error u omisión, aumento

de los precios fijados en su oferta ni modificación de las condiciones económicas del contrato, salvo lo previsto en la regularización y renovación del contrato.

FÓRMULA DE PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS

XXIV. FÓRMULA DE PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS

La desviación favorable de la siniestralidad se determinará por diferencia entre el importe de prima comercial de cada año (participación en beneficios anual) correspondiente al seguro principal y complementarios, neta de los gastos de administración que se fijen, y el importe de los siniestros ocurridos en el mismo año en todas las garantías aseguradas.

Sobre la desviación favorable que resulte, el contrato de seguro deberá reconocer un porcentaje que, dado el número de componentes del colectivo asegurado, no podrá ser inferior en su cuantía al siguiente:

- Porcentaje mínimo de participación: 30 %

Asimismo, los gastos de administración por todos los conceptos serán los siguientes:

- Porcentaje de gastos de administración: 15 %

Para el cálculo de la participación en beneficios se tendrán en cuenta los recibos correspondientes a la anualidad sobre la que se realiza el cálculo, incluyendo el recibo de regularización, por una parte, y los siniestros ocurridos y declarados correspondientes a ese año, por otra.

La participación en beneficios se calculará anualmente, al término del primer semestre de la siguiente anualidad, quedando consolidada y no siendo revisable. En caso de que existan siniestros correspondientes al periodo sobre el que se ha realizado el cálculo pero comunicados en una fecha posterior al término del primer semestre de la anualidad siguiente, se incluirán en el cálculo de la participación en beneficios de la siguiente anualidad de seguro, y así sucesivamente con el tope de la última anualidad en vigor del contrato. Los siniestros declarados con posterioridad al cálculo de la participación en beneficios de la última anualidad de seguro quedarán sin ser imputados a ninguna participación en beneficios.

El abono de la participación en beneficios no exime a la compañía de seguros del pago de los siniestros que pudieran ser recibidos posteriormente y cuyo efecto correspondiera a la anualidad sobre la que ya se ha calculado y abonado participación en beneficios.

En caso de anulación del seguro en cualquier vencimiento sucesivo, el asegurador se compromete a abonar al tomador el importe de la participación en beneficios que corresponda a la última anualidad del contrato de seguro en caso de que ésta hubiera sido favorable.

En el caso de que la desviación de siniestralidad fuese desfavorable, el asegurador

soportaría íntegramente la pérdida del año sin que el tomador resulte perjudicado cuando se efectúen los reajustes de prima de tarifa de años sucesivos.

Esta participación en beneficios podrá ser mejorada por el licitador conforme a lo establecido en los criterios de adjudicación.

CONTENIDO DEL CONTRATO DE SEGURO

XXV. CONTENIDO DEL CONTRATO DE SEGURO

Este contrato se supedita expresamente y sin condiciones a lo establecido en los pliegos reguladores, no admitiéndose variantes sin perjuicio de las mejoras ofertadas por el licitador y su propuesta técnica siempre que no contravengan los términos de los pliegos reguladores.

El contrato administrativo firmado por la Administración con la entidad adjudicataria será el documento con valor contractual y comprenderá únicamente los presentes pliegos de prescripciones técnicas, el pliego de condiciones administrativas particulares y sus anexos, y las mejoras introducidas por el licitador y aceptadas por el órgano de contratación. En el caso de que la aseguradora emita una póliza de seguro, este documento deberá contener las condiciones de este contrato.

En consecuencia, los licitadores no podrán incluir en sus ofertas ni, por consiguiente, formará parte del contrato de seguro, condiciones generales, especiales o adicionales alguna, salvo las que proceda en aplicación de las normas de derecho privado que correspondan como las cláusulas relativas al Consorcio de Compensación de Seguros.