



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE REGIR LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES NO LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES PARA EL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA Y SUS ORGANISMOS AUTÓNOMOS

1. OBJETO DEL SEGURO.

El objeto del contrato es la suscripción por parte de la Consejería de Hacienda, Administraciones Públicas y Transformación Digital de la póliza del seguro colectivo de accidentes no laborales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal al servicio de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y sus Organismos Autónomos.

2. SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN.

2.1. Asegurador.

La entidad aseguradora oferente que resulte adjudicataria del contrato y que deberá estar inscrita en el Registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la autorización precisa en el ramo oportuno.

2.2. Tomador del Seguro.

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

2.3. Personas aseguradas.

Tendrá la consideración de persona asegurada el personal funcionario de carrera o interino, el personal laboral fijo, por tiempo indefinido o temporal, el personal eventual, así como el becario al servicio de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus Organismos Autónomos.

A los efectos de la póliza que se suscriba se considera personal al servicio de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus Organismos Autónomos el que presta servicios para estos mediante una relación laboral o estatutaria regulada por el Derecho Administrativo.

Además, tendrán la consideración de personas aseguradas los miembros del Consejo de Gobierno, las personas titulares de los órganos de apoyo y asistencia y de los órganos directivos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y sus Organismos Autónomos.





Castilla-La Mancha

Se entienden incluidas en el seguro las personas que en el futuro, dentro del periodo de duración del contrato de seguro, adquieran cualquiera de las condiciones anteriormente señaladas.

En particular, estará incluido en la póliza que se suscriba el personal en activo, incluyendo los periodos de disfrute de vacaciones, permisos o las situaciones de incapacidad temporal, nacimiento, adopción o acogimiento, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural, exceptuando al personal que preste servicios en otras Administraciones Públicas mediante comisión de servicios o adscripción provisional. Asimismo, estará incluido el personal en situación de suspensión de contrato por cualquiera de las circunstancias previstas en la legislación, de excedencia por cuidado de familiares, excedencia por razón de violencia de género, expectativa de destino o excedencia forzosa, este último caso referido exclusivamente a lo dispuesto en el artículo 118 de la Ley 4/2011, de 10 de marzo, del Empleo Público de Castilla-La Mancha, así como la situación de suspensión provisional de funciones cuando el procedimiento penal o disciplinario finalice por resolución sin declaración de responsabilidad.

Mantendrá la condición de persona asegurada por la póliza que se contrate el personal empleado público que cause baja en su prestación de servicios retribuidos por agotamiento del período máximo de incapacidad temporal, manteniendo en consecuencia la cobertura vigente hasta que se produzca una resolución definitiva de la Seguridad Social u Organismo competente sobre su situación.

En el supuesto de cese, por cualquier causa, de pertenencia al colectivo asegurado se conservarán los derechos que se deriven de enfermedades profesionales o accidentes ocurridos durante su pertenencia al mismo.

El número total indicativo de personas aseguradas es de **18.293**. Los datos incluyen al personal activo en Nómina y/o en el Registro de Personal de la Dirección General de la Función Pública, incluyendo por tanto al personal activo en dicho Registro que no haya optado por integrarse en el régimen de personal estatutario del SESCOG en los distintos procesos de integración llevados a cabo en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Se excluye de la presente contratación al personal docente no universitario de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes y al personal de Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Para la consideración, a efectos de la póliza, de una persona como miembro del grupo será prueba suficiente una certificación de tal extremo expedida por el Tomador.

Asimismo, la cobertura se otorgará para todos los riesgos, sin limitación de edad.

2.4. Personas Beneficiarias.

En todas las garantías, con excepción de las correspondientes por fallecimiento, la persona beneficiaria del seguro será la propia persona asegurada.





Castilla-La Mancha

En caso de fallecimiento de la persona asegurada, y en ausencia de designación expresa hecha por la misma, regirá el orden de prelación preferente y excluyente que se establece a continuación:

- 1º. Cónyuge no separado legalmente o pareja de hecho inscrita en un Registro de Parejas de Hecho.
- 2º. Hijos o descendientes, naturales o adoptados, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo la protección de la persona asegurada en régimen de acogimiento preadoptivo, por partes iguales.
- 3º. Padres o ascendientes por partes iguales.
- 4º. Herederos legales.

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

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

La compañía aseguradora adjudicataria de este contrato aceptará como propias y con plena validez las designaciones de beneficiarios realizadas por las personas aseguradas por la póliza colectiva con las compañía/s aseguradora/s anterior/es, y en tanto en cuanto no sean sustituidas por otra nueva designación, por testamento o cualquiera otra manifestación de la voluntad de la persona asegurada efectuados con fecha posterior a dicha designación.

2.5. Condiciones de adhesión al seguro.

La inclusión en la póliza que se emita para todo el colectivo a asegurar será automática, pues se trata de una póliza objetiva tanto en lo que se refiere a los elementos subjetivos que la integran como en lo referente a las garantías y capitales asegurados.

Por lo tanto, no existirán condiciones de adhesión al seguro de ninguna clase, no siendo necesaria para ninguna persona asegurada la cumplimentación de boletín de adhesión, declaración de estado de salud ni requisito médico o de adhesión alguno.

3. ÁMBITO DE COBERTURA.

Los riesgos cubiertos por la póliza son el accidente de trabajo, el accidente no laboral y la enfermedad profesional, de acuerdo con las consideraciones contenidas en el presente pliego sobre condiciones específicas del seguro.

El ámbito temporal de cobertura de la póliza será de las 24 horas del día, durante todos los días naturales del año (se incluyen días hábiles, festivos, etc.).

El ámbito territorial de cobertura es mundial.





4. GARANTIA Y CAPITALES ASEGURADOS.

Las garantías y capitales asegurados por persona asegurada son los siguientes:

- FALLECIMIENTO por accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.....38.510,12 euros/asegurado.
- GRAN INVALIDEZ derivada de accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.....61.000,00 euros/asegurado.
- INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA para cualquier profesión u oficio derivada de accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional35.500,00 euros/asegurado.
- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL para la profesión habitual derivada de accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional35.500,00 euros/asegurado.
- INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL para la profesión habitual o PÉRDIDAS O REDUCCIONES ANATÓMICAS O FUNCIONALES PERMANENTES derivadas de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional, en los términos establecidos en este Pliego y en el BAREMO que figura como ANEXO.

Las indemnizaciones contempladas anteriormente NO son ACUMULATIVAS, a excepción de lo establecido en el presente pliego ante la concurrencia de varias pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes.

En caso de que a una persona asegurada se le abonara una prestación por alguna de las garantías cubiertas por la póliza y, con posterioridad, generara por la misma causa el derecho a otra de mayor importe procederá indemnizar la diferencia entre la prestación por ésta última y la que hubiera percibido.

En caso de que la pérdida o reducción anatómica o funcional permanente/incapacidad permanente parcial/total/absoluta/gran invalidez/fallecimiento fuese reconocida o se produjera por causa diferente a la que ocasionó una previa indemnización procederá el pago de la totalidad de la indemnización prevista por esa nueva causa.

5. GARANTÍAS ADICIONALES.

5.1. Coberturas adicionales en caso de Fallecimiento por accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional cubiertos por la póliza.

1. AYUDA POR HIJO MENOR DE EDAD Y/O INCAPACITADO: la cobertura consistirá en el abono a las personas beneficiarias de un capital adicional de 3.020,24 euros por cada hijo menor de 18 años o mayor de dicha edad incapacitado legal o judicialmente que tuviera la persona asegurada fallecida.





2. AYUDA DE ORFANDAD: la cobertura consistirá en el abono a las personas beneficiarias de un capital adicional de 6.010,12 euros por cada hijo menor de 18 años o mayor de dicha edad incapacitado legal o judicialmente cuando, como consecuencia de un mismo accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional cubiertos por la póliza, falleciesen la persona asegurada y su cónyuge o pareja de hecho.
3. SERVICIO DE ASESORAMIENTO EN SUCESIONES.

5.2. Coberturas adicionales en casos de Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta o Incapacidad Permanente Total derivados de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional cubiertos por la póliza.

1. AYUDA PARA ADAPTACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DEL DOMICILIO: la cobertura consistirá en el reembolso de los gastos necesarios derivados de la reforma y/o adaptación del domicilio de la persona asegurada, hasta un máximo de 6.010,12 euros por asegurado.
2. AYUDA PARA ADAPTACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DEL VEHICULO: la cobertura consistirá en el reembolso de los gastos necesarios derivados de la reforma y/o adaptación del vehículo de la persona asegurada, hasta un máximo de 6.010,12 euros por asegurado.
3. AYUDA PARA SILLA DE RUEDAS Y ACCESORIOS MECÁNICOS, ELÉCTRICOS Y MOTRICES: la cobertura consistirá en el reembolso de los gastos derivados de la compra de silla de ruedas y accesorios mecánicos, eléctricos y motrices que sean necesarios para la mejor adaptación de aquella a las necesidades de la persona asegurada, hasta un máximo de 6.010,12 euros por asegurado.

5.3. Coberturas adicionales en casos de Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Parcial o de Pérdidas o Reducciones anatómicas o funcionales Permanentes derivados de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional cubiertos por la póliza.

1. AYUDA PARA APARATOS DE ORTOPEDIA: la cobertura consistirá en el reembolso de gastos por la compra de cualquier aparato de ortopedia que precise la persona asegurada con la finalidad de corregir las lesiones residuales producidas por un accidente, sea o no de trabajo, o enfermedad profesional, hasta un máximo de 2.012,12 euros por asegurado.
2. AYUDA PARA PRÓTESIS ORTOPÉDICA: la cobertura consistirá en el reembolso de los gastos ocasionados por la primera prótesis ortopédica que se implante a la persona asegurada cuando como consecuencia del accidente, sea o no de trabajo, o de la enfermedad profesional, queden lesiones residuales corregibles mediante prótesis, hasta un máximo de 1.250,00 euros.
3. AYUDA PARA REHABILITACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS: la cobertura consistirá en el reembolso de los gastos producidos como consecuencia de la





rehabilitación de lesiones traumáticas, ortopedia, de fonación, auditiva, visual, etc., con la finalidad de reducir en lo posible los porcentajes definitivos de pérdida funcional de miembros o facultades de la persona asegurada afectados, hasta un máximo de 2.010,12 euros por asegurado.

4. AYUDA PARA REPARACIÓN ESTÉTICA: la cobertura consistirá en el reembolso de los gastos para la reparación estética de perjuicios ocasionados por un accidente, sea o no de trabajo, o enfermedad profesional cubiertos por la póliza, hasta un máximo de 2.010,12 euros por asegurado.

5.4. Acumulación de garantías adicionales.

Las garantías adicionales contempladas en los apartados anteriores serán acumulativas.

6. CONDICIONES ESPECÍFICAS DEL SEGURO.

6.1. Consideración de Accidente.

Se entenderá por accidente toda lesión corporal derivada de un hecho violento, súbito, fortuito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado, que genere en éste alguna de las garantías cubiertas por la póliza.

Asimismo, se considerarán como accidente todas las situaciones definidas como accidente de trabajo en el artículo 156 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social o norma que lo sustituya.

El seguro cubrirá tanto el accidente que se produzca con ocasión o por consecuencia del trabajo que la persona asegurada ejecute por cuenta de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y sus Organismos Autónomos como el producido en el ámbito privado de la vida particular de la persona asegurada.

Si la causa del siniestro es un accidente se considerará como fecha del siniestro para todas las garantías de la póliza la fecha de ocurrencia del accidente, con independencia de que el daño indemnizable se manifieste con posterioridad.

En todo caso se considerarán accidentes los supuestos que se precisan a continuación a título ejemplificativo y no limitativo, y, por tanto, sin perjuicio de consideración de otros supuestos no enunciados como accidente:

- Todos aquellos hechos catalogados como accidentes por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes.
- Las consecuencias de envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Las consecuencias de la práctica de deportes como aficionado y de la caza.





- Las consecuencias de rayo, incendio, explosión, electricidad o similares.
- Las consecuencias de la utilización como conductor o pasajero de, a título ejemplificativo y no limitativo, todo tipo de automóviles, furgonetas o camiones, bicicletas, motocicletas y ciclomotores, vehículos de tracción animal, caballerías y embarcaciones de recreo.
- Las consecuencias de los accidentes que puedan sobrevenir a las personas aseguradas a bordo, como ocupantes o pasajeros, de cualquier medio público de transporte, sea por vía terrestre, férrea, fluvial, marítima o aérea, incluyendo en este último caso a toda clase de aeronaves y helicópteros.
- Las consecuencias de infecciones a causa de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza o cuando el agente patógeno hubiera penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto o de la mordedura o picadura de cualquier clase de animal.
- Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos cuando sean debidas o motivadas por accidente.
- Las consecuencias de acciones acaecidas en legítima defensa propia o de terceros así como en el intento de salvamento de personas o bienes.
- Las consecuencias de accidentes acaecidos como consecuencia de ataques de apoplejía, desvanecimientos, desfallecimientos, síncope, crisis epilépticas, sonambulismo o similares.
- Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras inclemencias del tiempo o de la presión atmosférica a las que la persona asegurada haya estado expuesta como consecuencia de un accidente.
- Las hernias, esfuerzos o distensiones musculares, lumbalgias con o sin irradiación ciática o similares siempre que tengan su origen en un accidente.
- La asfixia por gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas, sean o no alimenticias, salvo que se trate de actos conscientes de la persona asegurada.

6.2. Consideración de enfermedad profesional.

A efectos de la póliza se entiende por enfermedad profesional la enfermedad contraída por la persona asegurada a consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta del Tomador del Seguro y que como tal sea reconocida por la Seguridad Social, autoridad laboral u órganos jurisdiccionales competentes, en los términos señalados en el artículo 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, o norma que lo sustituya.

Si la causa del siniestro es una enfermedad profesional se considerará como fecha de siniestro para el supuesto de fallecimiento la de ocurrencia de éste y para el resto de supuestos la fecha en que se declare la enfermedad profesional, tomándose en consideración a estos efectos la fecha del parte inicial de baja por enfermedad profesional de existir el mismo, la fecha de declaración de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o, en su caso, la fecha en que se declare en vía judicial, con independencia de que el daño indemnizable se manifieste con posterioridad al siniestro.





6.3. Riesgos excluidos.

Las exclusiones que, con carácter máximo, se aplicarán a la póliza que se emita serán las siguientes y con esta misma redacción:

• Cuando el hecho causante sea catalogado como accidente laboral o enfermedad profesional la única exclusión de cobertura para todas las garantías de la póliza será la siguiente:

- Los riesgos calificados como extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros, según legislación vigente en cada momento, dado que estos riesgos serán abonados por dicho Organismo.
Igualmente, no tendrán cobertura por la póliza los daños que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.

• Cuando el hecho causante NO sea catalogado como accidente laboral o enfermedad profesional las exclusiones serán las siguientes:

- Los riesgos calificados como extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros, según legislación vigente en cada momento, dado que estos riesgos serán abonados por dicho Organismo.
Igualmente, no tendrán cobertura por la póliza los daños que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Los siniestros provocados intencionadamente por la persona asegurada, el suicidio o cualquier lesión autoinfligida.
- La participación de la persona asegurada en actos delictivos.
- La práctica como profesional de cualquier deporte.
A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación deportiva, Organismo o Club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio principal de vida.
- Los accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción (en este caso, cuando no esté prescrita médicamente) y así lo dictamine el juez.

6.4. Riesgos extraordinarios.

De acuerdo con lo indicado en el apartado anterior y en los términos establecidos en la normativa vigente en cada momento, los riesgos calificados como extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros se abonarán por éste y, a tal efecto, la póliza llevará incorporado recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros para la cobertura de daños directos en las personas como consecuencia de acontecimientos extraordinarios.

De acuerdo con el artículo 6 del 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, se entienden por acontecimientos extraordinarios, en los términos que reglamentariamente se determinen:





- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, las inundaciones extraordinarias, las erupciones volcánicas, la tempestad ciclónica atípica y las caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

No tendrán cobertura por la póliza los daños que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.

6.5. Fallecimiento por accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.

Se entenderá como fallecimiento por accidente o enfermedad profesional el óbito de una persona asegurada a causa de un accidente o enfermedad profesional cubiertos por la póliza cuando dicho óbito se haya producido de forma inmediata a la fecha del accidente causal o a la fecha en que se declare la enfermedad profesional o en el transcurso de los cinco años siguientes a esas fechas.

En el caso de que el fallecimiento de la persona asegurada como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional cubiertos por la póliza se produzca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar que el fallecimiento se ha producido como consecuencia de dicho accidente o enfermedad profesional.

6.6. Gran Invalidez por accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.

Se considerará como gran invalidez por accidente o enfermedad profesional la situación de una persona asegurada afectada de incapacidad permanente derivada de un accidente o enfermedad profesional cubiertos por la póliza que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, cuando haya sobrevenido en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde la fecha del accidente causal o desde la fecha en que se declare la enfermedad profesional.

En el caso de que la gran invalidez se produzca o reconozca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar que dicha gran invalidez es consecuencia del accidente o de la enfermedad profesional.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda por esta garantía el hecho de que la situación de gran invalidez sea revisable por agravación o mejoría en los términos previstos en la legislación vigente.

En el supuesto de que una persona asegurada que hubiese sido indemnizada a consecuencia de una gran invalidez cubierta por la póliza se reincorporase a la Administración de la Junta





de Comunidades de Castilla-La Mancha en virtud de la revisión antes citada no podrá ser indemnizada nuevamente por la misma garantía y por la/s misma/s causas que determinaron dicha indemnización.

6.7. Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.

Se entiende por incapacidad permanente absoluta aquella que, como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional cubiertos por la póliza, impida por completo a la persona asegurada la realización de cualquier profesión u oficio, cuando haya sobrevenido en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde la fecha del accidente causal o desde la fecha en que se declare la enfermedad profesional.

En el caso de que la incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión u oficio se produzca o reconozca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar que dicha incapacidad es consecuencia del accidente o de la enfermedad profesional.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda por esta garantía el hecho de que la situación de incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión u oficio sea revisable por agravación o mejoría en los términos previstos en la legislación vigente.

En el supuesto de que una persona asegurada que hubiese sido indemnizada a consecuencia de una incapacidad permanente absoluta cubierta por la póliza se reincorporase a la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en virtud de la revisión antes citada no podrá ser indemnizada nuevamente por la misma garantía y por la/s misma/s causas que determinaron la indemnización.

6.8. Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.

Se entiende por incapacidad permanente total para la profesión habitual aquella que, como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional cubiertos por la póliza, inhabilita a la persona asegurada para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, cuando haya sobrevenido en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde la fecha del accidente causal o desde la fecha en que se declare la enfermedad profesional.

En el caso de que la incapacidad permanente total para la profesión habitual se produzca o reconozca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar que dicha incapacidad es consecuencia del accidente o de la enfermedad profesional.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda por esta garantía el hecho de que la situación de incapacidad permanente total para la profesión habitual sea revisable por agravación o mejoría en los términos previstos en la legislación vigente.





La persona asegurada que hubiese sido indemnizada a consecuencia de una incapacidad permanente total cubierta por la póliza y que se reincorpore al servicio de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en virtud de la revisión antes citada o para la realización de otra profesión distinta de aquella para la que ha sido declarada en incapacidad permanente total, mantendrá todas las coberturas de la póliza siempre que conserve la condición de persona asegurada, pero no podrá ser indemnizada nuevamente por la misma garantía y por la/s misma/s causas que determinaron aquella indemnización.

6.9. Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual o Pérdidas o Reducciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional.

Se considera incapacidad permanente parcial para la profesión habitual aquella incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona a la persona asegurada una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma, cuando haya sobrevenido en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde la fecha del accidente causal o desde la fecha en que se declare la enfermedad profesional.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda por esta garantía el hecho de que la situación de incapacidad permanente parcial para la profesión habitual sea revisable por agravación o mejoría en los términos previstos en la legislación vigente.

Se consideran pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas de un accidente o enfermedad profesional, las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo que supongan una disminución o alteración de la integridad física de la persona asegurada, en los términos establecidos en el Baremo que figura como Anexo, cuando hayan sobrevenido en el transcurso de los cinco años siguientes desde la fecha del accidente causal o desde la fecha en que se declare la enfermedad profesional.

En el caso de que la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual o las pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes se produzcan o reconozcan con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar que las mismas son consecuencia del accidente o de la enfermedad profesional.

La indemnización total pagadera por varias pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes causadas por un mismo accidente o enfermedad profesional se calculará sumando los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que dicha indemnización total pueda exceder de la cantidad asegurada para el caso de incapacidad permanente total para la profesión habitual.

Los supuestos de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente derivados de un accidente o enfermedad profesional no especificados en el Baremo que figura como Anexo se indemnizarán en proporción a su gravedad comparándola a la de los casos que se enumeran, sin tener en cuenta la profesión de las personas aseguradas. Para la determinación de supuestos de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente no especificados en el Baremo se tomará como referencia, entre otras posibles, la descripción de secuelas del





Anejo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, o norma que lo sustituya.

El cobro por la persona asegurada de una indemnización consecuencia de incapacidad permanente parcial para la profesión habitual o de pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes no supondrá la extinción del seguro para dicha persona asegurada, permaneciendo en vigor, por consiguiente, todas las coberturas siempre que conserve la condición de persona asegurada. No obstante, la persona asegurada no podrá ser indemnizada nuevamente por la misma garantía y por la/s misma/s causas que determinaron aquella indemnización.

6.10. Acreditación del derecho a las garantías de Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Parcial o por Pérdidas o Reducciones anatómicas o funcionales permanentes.

Para la acreditación del derecho a las garantías de gran invalidez, incapacidad permanente absoluta, incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial o por pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes se deberá aportar la oportuna Resolución, Sentencia, Informe Médico o cualquier otro documento probatorio válido.

Las garantías de gran invalidez, incapacidad permanente absoluta, incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial o por pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes serán automáticamente reconocidas por la compañía aseguradora cuando los supuestos que las generan sean declarados por el organismo competente. Por ello, en el caso de discrepancia en cuanto al grado de incapacidad o de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente derivados de un accidente prevalece la declaración de los órganos de la Administración o jurisdiccionales competentes, por lo que la compañía aseguradora no podrá oponerse a certificados o resoluciones oficiales que acreditan cualquier grado de incapacidad en sus distintas modalidades o de lesión permanente no invalidante de las incluidas en el Baremo.

En este sentido, las resoluciones del INSS, o las Sentencias que en su caso se dicten, de declaración de gran invalidez, incapacidad permanente absoluta, incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial o lesión permanente no invalidante son medios de prueba para acreditar el derecho a las garantías o coberturas de la póliza, pero ello sin perjuicio de que la persona asegurada pueda utilizar otros medios de prueba válidos en derecho.

Cuando no quede acreditado por resolución o sentencia el grado de incapacidad o de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente, la persona asegurada estará obligada a dejarse reconocer, si lo solicita la compañía aseguradora, por el médico o médicos que aquél designe, siendo por cuenta y cargo exclusivos de la compañía aseguradora los gastos y honorarios de tal reconocimiento y examen. En el caso de no haber acuerdo sobre el grado de incapacidad o de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente se estará a lo establecido en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, sometiéndose las partes contratantes a la decisión de peritos médicos.





6.11. Documentación a aportar para la obtención de indemnizaciones y ayudas.

La documentación a aportar en cada caso, original o fotocopia compulsada por cualquier Administración Pública, será la que a continuación se señala y tendrá carácter de máximo.

6.11.1. Documentación a aportar en caso de Fallecimiento:

1. Certificado de pertenencia al grupo asegurado.
2. Certificado de la Mutua Laboral u Organismo competente en el que se acepte el fallecimiento como accidente laboral (solo en caso de fallecimiento por accidente laboral)
3. Parte de Accidente de Trabajo emitido por la empresa (solo en caso de fallecimiento por accidente laboral).
4. Fotocopia del Certificado Literal de Inscripción de Fallecimiento en el Registro Civil (certificado de defunción).
5. Fotocopia de un certificado o informe médico que indique la causa del fallecimiento.
6. Fotocopia D.N.I. de la persona asegurada y de las personas beneficiarias.
7. Documento acreditativo del banco donde conste la titularidad y número de cuenta de cada una de las personas beneficiarias (Código IBAN / Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta).
8. Fotocopia completa del Libro de Familia. Si existiera designación expresa de beneficiarios efectuada por la persona asegurada, se deberá aportar la misma.
9. Fotocopia del Certificado Literal de Matrimonio o certificado de inscripción del registro oficial de parejas o uniones de hecho, emitido con posterioridad al fallecimiento.
10. Fotocopia del Certificado de Últimas Voluntades y Testamento, si existe. Si fuera necesario, se solicitará Declaración de Herederos Legales.
11. Fotocopia de Diligencias Judiciales y/o Atestado emitido por la autoridad competente (solo en caso de fallecimiento por accidente no laboral)
12. Fotocopia de la Autopsia e informe toxicológico, si se practicó (solo en caso de fallecimiento por accidente no laboral).

A la recepción de estos documentos la Aseguradora emitirá Certificado Individual para que las personas beneficiarias liquiden el Impuesto de Sucesiones. Posteriormente, el beneficiario deberá remitir a la Aseguradora una fotocopia compulsada del Justificante legal de haber presentado y liquidado el Impuesto sobre Sucesiones correspondiente al Seguro o, en su caso, exención del mismo.

6.11.2. Documentación a aportar en caso de Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual o de Pérdida o Reducción anatómica o funcional permanente

1. Certificado de Pertenencia al Grupo Asegurado.
2. Fotocopia del D.N.I. de la persona asegurada.
3. Fotocopia de la Resolución firme del I.N.S.S. y Dictamen y/o Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades, del Órgano Jurisdiccional, en su caso, o de cualquier





otro que resulte competente, acreditativa del grado de incapacidad o de la pérdida o reducción anatómica o funcional permanente y del origen de la misma.

4. Informe médico detallado con las secuelas definitivas y su origen (solo en caso de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente derivada de accidente no laboral, en cuyo caso sustituirá lo dispuesto en el punto 3 anterior)
5. Documento acreditativo del banco donde conste la titularidad y número de cuenta de cada una de las personas aseguradas (Código IBAN / Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta).
6. Fotocopia, debidamente cumplimentada, del Modelo 145: Impreso de comunicación al pagador de la situación personal y familiar del perceptor de rentas del trabajo.
7. Fotocopia de Diligencias Judiciales y/o Atestado emitido por la autoridad competente, en caso de que existieran (solo en caso de accidente no laboral).

6.11.3 Documentación a aportar para la obtención de las ayudas previstas en el presente Pliego como garantías adicionales

- AYUDA POR HIJO MENOR DE EDAD Y/O INCAPACITADO: Libro de Familia y en su caso, documentación acreditativa de la incapacidad legal o judicial de los hijos.

- AYUDA DE ORFANDAD: Certificado literal de defunción del cónyuge o pareja de hecho; documentación acreditativa del fallecimiento de la persona asegurada y su cónyuge o pareja de hecho como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad profesional; libro de Familia y, en su caso, documentación acreditativa de la incapacidad legal o judicial de los hijos.

- SERVICIO DE ASESORAMIENTO EN SUCESIONES: no se requiere documentación adicional.

- AYUDA PARA ADAPTACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DEL DOMICILIO: Documentación acreditativa del gasto realizado para la reforma y/o adaptación del domicilio, así como de la necesidad de dicha adaptación.

- AYUDA PARA ADAPTACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DEL VEHICULO: Documentación acreditativa del gasto realizado para la reforma y/o adaptación del vehículo, así como de la necesidad de dicha adaptación.

- AYUDA PARA SILLA DE RUEDAS Y ACCESORIOS MECÁNICOS, ELÉCTRICOS Y MOTRICES: Documentación acreditativa del gasto realizado por la compra de silla de ruedas y accesorios mecánicos, eléctricos y motrices, así como de su necesidad.

- AYUDA PARA APARATOS DE ORTOPEDIA: Documentación acreditativa del gasto realizado por la compra de cualquier aparato de ortopedia, así como de la finalidad de corregir las lesiones residuales.

- AYUDA PARA PRÓTESIS ORTOPÉDICA: Documentación acreditativa del gasto realizado para prótesis ortopédica, así como de la finalidad de corregir las lesiones residuales.





Castilla-La Mancha

- AYUDA PARA REHABILITACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS: Documentación acreditativa del gasto realizado para rehabilitación, así como de la necesidad y/o conveniencia de la rehabilitación con la finalidad de reducir en lo posible los porcentajes definitivos de pérdida funcional de miembros o facultades.

- AYUDA PARA REPARACIÓN ESTÉTICA: Documentación acreditativa del gasto para la reparación estética de perjuicios ocasionados.

En todos los casos de acreditación de gastos será necesaria la presentación de factura original o fotocopia compulsada.

6.12. Plazo de comunicación de siniestros.

El plazo que se establece para comunicar los accidentes, sean o no de trabajo, o enfermedades profesionales que se hayan producido dentro del periodo de vigencia de la póliza será de cinco años a contar desde el accidente o desde la fecha en que se declare la enfermedad profesional.

No obstante, cuando las secuelas del accidente, sea o no de trabajo, o de la enfermedad profesional se conozcan, produzcan o manifiesten con posterioridad a la fecha del accidente o a la fecha en la que se declare la enfermedad profesional, el plazo anteriormente indicado computará desde el momento en que esas secuelas se conocen, producen o manifiestan, siempre que se acredite que son consecuencia de un accidente, sean o no de trabajo, o enfermedad profesional cubiertos por la póliza.

6.13. Plazo de pago de indemnizaciones y ayudas.

Una vez recibida la documentación completa y necesaria para la tramitación del siniestro, la indemnización por fallecimiento será abonada en un máximo de 5 días laborables.

La compañía aseguradora satisfará el resto de indemnizaciones y ayudas en el plazo máximo de dos meses, a contar desde el momento en que reciba la documentación completa y necesaria.

Con independencia del momento de pago de la prima, la compañía aseguradora vendrá obligada al pago de las indemnizaciones por siniestro que se hayan producido en el periodo de vigencia del seguro.

6.14. Asesoramiento legal y fiscal al tomador de la póliza.

La compañía aseguradora prestará un servicio de asesoramiento legal y fiscal al tomador de la póliza, en lo referente a las primas del seguro, pago de las prestaciones, etc.





7. DOCUMENTACIÓN DEL SEGURO.

La empresa adjudicataria deberá emitir una póliza donde no se podrán introducir limitaciones, Condición General Especial o Adicional alguna a lo establecido en este pliego que figura con carácter de mínimos.

La empresa adjudicataria deberá entregar al responsable del contrato, en un plazo de un mes desde la firma del contrato, un manual con las instrucciones para la tramitación de los siniestros, donde figurarán los datos de los responsables de la empresa de seguros encargados de la tramitación (recogiendo: nombre, dirección, teléfono, fax, correo electrónico etc.), la documentación a aportar en caso de siniestro para cada una de las garantías aseguradas conforme lo establecido en el presente pliego, los datos de los responsables y de los contactos de la entidad mediadora para la administración del contrato, así como los modelos que, en su caso, puedan establecerse para la comunicación de las incidencias.

8. ADMINISTRACION DEL CONTRATO DE SEGURO.

8.1. Correduría del seguro.

La gestión del contrato, en cuanto a la administración de la póliza, comunicación de siniestros, presentación al cobro de recibos, etcétera, será realizada por la entidad mediadora contratada al efecto por el Tomador.

Todas las comunicaciones entre la compañía aseguradora y la Consejería de Hacienda, Administraciones Públicas y Transformación Digital se realizarán a través de la empresa mediadora señalada.

La entidad mediadora será retribuida por la compañía aseguradora de conformidad con lo establecido en el contrato de servicios de asesoramiento profesional, promoción y mediación preparatorios para la formalización de los contratos de seguros, así como la posterior asistencia para la gestión de riesgos y la ejecución de estos contratos a la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha (expediente nº 2021/002956)" o en el que le sustituya, en su caso.

Actualmente, la entidad mediadora del seguro es la UTE Aon Iberia, S.A.U Correduría de Seguros y Gabinete de Servicios F. Toledo, S.L., en virtud del contrato adjudicado con fecha 21 de octubre de 2021, a la que los licitadores podrán solicitar la información adicional que precisen sobre el riesgo objeto de cobertura.

Si para la ejecución de este contrato no hubiera entidad mediadora, todo lo señalado en los párrafos anteriores y en general en este Pliego de Prescripciones Técnicas se realizará directamente por la compañía aseguradora ante la Consejería de Hacienda, Administraciones Públicas y Transformación Digital.





8.2. Información a rendir.

Al término de cada trimestre natural y en el plazo máximo de 15 días naturales, la compañía aseguradora remitirá a la Consejería de Hacienda, Administraciones Públicas y Transformación Digital, a través de la entidad mediadora y en el formato informático que se determine, una relación actualizada de los expedientes de siniestros, que contendrá, como mínimo, la siguiente información:

- Nombres y apellidos del solicitante y del asegurado.
- Identificación establecida como referencia del siniestro por la compañía aseguradora y la correduría.
- Fechas de ocurrencia.
- Fecha de comunicación del siniestro
- Fecha de entrega de la documentación completa
- Causa.
- Estado de cada expediente (abierto, pendiente de documentación, pendiente de pago, cerrado sin consecuencias, cerrado con pago de indemnización, etc.)
- Importe reclamado, en su caso.
- Reservas establecidas.
- Pagos realizados.
- Garantía o garantías indemnizadas (desglosadas, en su caso).

En casos excepcionales, la información indicada anteriormente podrá ser requerida para su presentación, en un plazo de siete días naturales, sin esperar a la finalización del trimestre.

En el caso de que no haya siniestros se comunicará igualmente dicha circunstancia.

La empresa adjudicataria se obligará a entregar la póliza contratada en un plazo no superior a un mes desde la formalización del contrato.

La póliza contendrá las condiciones generales y particulares asociadas al contrato, ajustadas a los pliegos de cláusulas administrativas particulares y de prescripciones técnicas, así como a su oferta en los exclusivos términos establecidos en dichos pliegos.

Dentro del plazo de 15 días desde la formalización del contrato, y dentro de las prescripciones previstas en el PPT, el contratista deberá presentar un plan o programa de gestión de la póliza y los siniestros, para su aprobación por el responsable del contrato.

La adjudicataria debe designar una persona que actúe como responsable de la adecuada ejecución del contrato ante la Administración.

Toledo, a fecha de la firma
EL DIRECTOR GENERAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA



ANEXO. BAREMO PARA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O PÉRDIDAS O REDUCCIONES ANATÓMICAS O FUNCIONALES PERMANENTES

La indemnización a pagar a la persona asegurada en los casos de Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual o de pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas de un accidente, no laboral o de trabajo, o enfermedad profesional será la resultante de aplicar al capital asegurado por la garantía de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual el porcentaje correspondiente para cada caso de acuerdo con el siguiente Baremo, sin perjuicio de la indemnización que pudiera corresponder ante supuestos de pérdida o reducción anatómica o funcional permanente no especificados a continuación que se indemnizarán en proporción a su gravedad comparándola a la de los casos que se enumeran.

En particular, en los casos de Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual se recibirá, al menos, una indemnización del 20% del capital asegurado por la garantía de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, salvo que la indemnización que correspondiera de acuerdo con el siguiente Baremo por pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales fuera superior en cuyo caso correspondería esta última.

Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo	100%
Parálisis completa	100%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida o inutilización absoluta de ambos brazos o ambas manos, ambas piernas o ambos pies o, conjuntamente, dos extremidades de las indicadas	100%
CABEZA Y CARA	
Pérdida de sustancia ósea en la pared craneal, claramente apreciable por exploración clínica	6 al 13%
Disminución de la agudeza visual de un ojo en menos del 50 por 100, siempre que con corrección no alcance las siete décimas.	7%
Disminución de la agudeza visual de un ojo en más del 50 por 100	11%
Disminución de la agudeza visual en ambos ojos en menos del 50 por 100, siempre que con corrección no alcance en ambos ojos las siete décimas	14%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de visión binocular	30%
	4 a 14%



Alteraciones de la voz y trastornos del lenguaje, conservándose voz social	
Nota. La agudeza visual se especificará siempre con arreglo a la escala de Wecker, con y sin corrección óptica.	
ÓRGANOS DE LA AUDICIÓN	
Pérdida de una oreja	10%
Pérdida de las dos orejas	22%
Hipoacusia que no afecta la zona conversacional en un oído, siendo normal la del otro	7%
Hipoacusia en ambos oídos que no afecta la zona conversacional en ninguno de ellos	10%
Hipoacusia que afecta la zona conversacional en un oído, siendo normal la del otro	14%
Hipoacusia que afecta la zona conversacional en ambos oídos	21%
Sordera completa de un oído	25%
Sordera completa de los dos oídos	40%
ÓRGANOS DEL OLFATO	
Pérdida de la nariz	46%
Deformación o perforación del tabique nasal	7%
Pérdida del sentido del olfato	7%
DEFORMACIONES EN EL ROSTRO Y LA CABEZA, NO INCLUIDAS EN LOS EPÍGRAFES ANTERIORES	
Deformaciones en el rostro y en la cabeza que determinen una alteración importante de su aspecto.	7 a 15%
Deformaciones en el rostro que afecten gravemente a la estética facial o impidan alguna de las funciones de los órganos externos de la cara.	11 a 46%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
APARATO GENITAL	





Pérdida anatómica o funcional de testículos:		
Uno	16%	
Dos	37%	
Pérdida parcial del pene, teniendo en cuenta la medida en que afecte a la capacidad «coeundi» y a la micción.	14 a 28%	
Pérdida total del pene	39%	
Pérdida anatómica o funcional de los ovarios:		
Uno	16%	
Dos	38%	
Deformaciones de los órganos genitales externos de la mujer	9 a 37%	
GLÁNDULAS Y VISCERAS		
Pérdida de mama de la mujer:		
Una	15%	
Dos	32%	
Pérdida de otras glándulas:		
a) Salivares	14%	
b) Tiroides	15%	
c) Paratiroides	15%	
d) Pancreática:	26%	
Pérdida del bazo	14%	
Pérdida de un riñón	25%	
MIEMBROS SUPERIORES		
	Derecho	Izquierdo
Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida de los dedos de la mano:		





A) Pulgar:		
Pérdida de la segunda falange (distal)	22%	18%
B) Índice:		
Pérdida de la tercera falange (distal)	7%	5%
Pérdida de la segunda y tercera falanges (media y distal)	10%	8%
Pérdida completa	15%	12%
Pérdida del metacarpiano	6%	5%
Pérdida completa, incluido metacarpiano	17%	13%
C) Medio:		
Pérdida de la tercera falange (distal)	7%	5%
Pérdida de la segunda y tercera falanges (media y distal)	11%	8%
Pérdida completa	14%	10%
Pérdida del metacarpiano	6%	5%
Pérdida completa, incluido metacarpiano	17%	13%
D) Anular:		
Pérdida de la tercera falange (distal)	6%	4%
Pérdida de la segunda y tercera falanges (media y distal)	8%	7%
Pérdida completa	11%	8%
Pérdida del metacarpiano	5%	4%
Pérdida completa, incluido metacarpiano	14%	10%
E) Meñique:		
Pérdida de la tercera falange (distal)	4%	3%
Pérdida de la segunda y tercera falanges (media y distal)	7%	5%
	10%	8%





Pérdida completa		
Pérdida del metacarpiario	6%	6%
Pérdida completa, incluido metacarpiario	10%	10%
Pérdida total del pulgar y del índice de la mano	40%	30%
Pérdida de tres dedos de la mano incluidos pulgar e índice	50%	40%
Pérdida de índice y otro que no sea el pulgar	25%	20%
Nota. Cuando la pérdida afecte a más de un dedo de la mano corresponderá la indemnización más favorable.		
Nota. La pérdida de una falange de cualquier dedo de la mano en más del 50 por 100 de su longitud se equipará a la pérdida total de la falange de que se trate.		
2º Anquilosis:		
A) Codo y muñeca:		
Anquilosis del codo en posición favorable (ángulo de 80 a 90 grados)	17%	13%
Anquilosis de la muñeca	16%	12%
B) Pulgar:		
De la articulación interfalángica	11%	5%
De la articulación metacarpo falángica	14%	10%
De la articulación interfalángica y metacarpo falángica asociadas	17%	13%
De la articulación carpometacarpiana	19%	15%
C) Índice:		
De la articulación segunda interfalángica (distal)	6%	4%
De la articulación primera interfalángica	8%	7%
De la articulación metacarpo falángica	8%	7%
De las dos articulaciones interfalángicas asociadas	8%	7%





De las articulaciones metacarpo falángicas y una interfalángica asociadas	11%	7%
De las tres articulaciones	15%	11%
D) Medio:		
De la articulación segunda interfalángica (distal)	4%	3%
De la articulación primera interfalángica	6%	4%
De la articulación metacarpo falángica	6%	4%
De las articulaciones interfalángicas asociadas	7%	5%
De las articulaciones metacarpo falángicas y una interfalángica asociadas	8%	7%
De las tres articulaciones	12%	8%
E) Anular y meñique:		
De la segunda articulación interfalángica (distal)	4%	3%
De la articulación primera interfalángica	5%	4%
De la articulación metacarpo falángica	5%	4%
De las articulaciones interfalángicas asociadas	7%	5%
De las articulaciones metacarpo falángicas y una interfalángica asociadas	8%	6%
De las tres articulaciones	11%	8%
Nota. Tendrán también la consideración de anquilosis las alteraciones de sensibilidad, así como los estados que, por sección irrecuperable de tendones o por lesiones de partes blandas, dejen activamente inmóviles las falanges.		
3º Rigideces articulares:		
A) Hombro:		



Documento Verificable en www.jccm.es mediante Código Seguro de Verificación (CSV): 47C6536C6FC65071D8EE47



Limitación de la movilidad conjunta de la articulación en menos de un 50 por 100	6%	5%
Limitación de la movilidad conjunta de la articulación en más del 50 por 100	17%	14%
Pérdida total del movimiento del hombro	25%	20%
B) Codo:		
Limitación de la movilidad en menos de un 50 por 100	11%	8%
Limitación de la movilidad en más del 50 por 100	15%	11%
Pérdida total del movimiento del codo	20%	15%
C) Antebrazo:		
Limitación de la prosupinación en menos de un 50 por 100	6%	4%
Limitación de la prosupinación en más de un 50 por 100	15%	10%
Nota. Ambas limitaciones se medirán a partir de la posición intermedia.		
D) Muñeca:		
Limitación de la movilidad en menos de un 50 por 100	6%	4%
Limitación de la movilidad en más del 50 por 100 (También se determinarán estas limitaciones a partir de la posición intermedia.)	14%	10%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%
E) Pulgar:		
Limitación de la movilidad global en menos de un 50 por 100	8%	5%
F) Índice:		
Limitación de la movilidad global del dedo en más de un 50 por 100	5%	4%
G) Medio, anular y meñique:		
Limitación de la movilidad global en más de un 50 por 100	4%	3%
Nota. Cuando el miembro rector para el trabajo sea el izquierdo, la indemnización será la fijada en el baremo para el mismo tipo de lesión en el miembro derecho. Igual norma se aplicará en el caso de trabajadores zurdos.		





MIEMBROS INFERIORES	
Pérdida de una pierna o un pie	50%
Amputación parcial de un pie tipo Lisforme o Chopart	40%
Fractura no consolidable de una pierna o pie	25%
Ablación de rótula	30%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	30%
1º Pérdida de los dedos del pie:	
A) Primer dedo:	
Pérdida total	13%
Pérdida de segunda falange	6%
B) Segundo, tercero y cuarto dedos:	
Pérdida total (cada uno)	4%
Pérdida parcial de cada dedo	3%
C) Quinto dedo:	
Pérdida total	4%
Pérdida parcial	3%
2º Anquilosis:	
A) Rodilla:	
En posición favorable (extensión o flexión hasta 170 grados, incluido acortamiento hasta 4 centímetros).	17%
B) Articulación tibioperonea astragalina:	
En posición favorable (en ángulo recto o flexión plantar de hasta 100 grados)	14%
C) Tarso:	



Documento Verificable en www.jccm.es mediante Código Seguro de Verificación (CSV): 47C6536C6FC65071D8EE47



De la articulación subastragalina o de las otras medio tarsianas, en buena posición funcional	11%
Triple artrodesis	15%
D) Dedos:	
Anquilosis del primer dedo:	
a) Articulación interfalángica	3%
b) Articulación metatarso falángica	4%
c) Anquilosis de las dos articulaciones	7%
Anquilosis de cualquiera de los demás dedos	3%
Anquilosis de dos dedos	4%
De tres dedos de un pie	4%
De cuatro dedos de un pie (en el caso de anquilosis de los cinco dedos, el pulgar se valorará aparte)	6%
Nota. Serán aplicables a las anquilosis de las extremidades inferiores las normas señaladas para las de los miembros superiores.	
3º Rigideces articulares:	
A) Rodilla:	
Flexión residual entre 180 y 135 grados	12%
Flexión residual entre 135 y 90 grados	7%
Flexión residual superior a 90 grados	4%
Extensión residual entre 135 y 180 grados	5%
B) Articulación tibioperonea astragalina:	
Disminución de la movilidad global en más del 50 por 100	12%
Disminución de la movilidad global en menos del 50 por 100	6%





C) Dedos:	
Rigidez articular del primer dedo	2%
Del primero y segundo dedos	4%
De tres dedos de un pie	4%
De cuatro dedos de un pie	5%
De los cinco dedos de un pie	7%
° Acortamientos:	
De 2 a 4 centímetros	7%
De 4 a 10 centímetros	14%
CICATRICES NO INCLUIDAS EN LOS EPÍGRAFES ANTERIORES	
Según las características de las mismas y, en su caso, las perturbaciones funcionales que produzcan. Estarán incluidas las cicatrices derivadas de intervenciones quirúrgicas realizadas en cualquier parte del cuerpo a consecuencia de un accidente no laboral, accidente de trabajo o enfermedad profesional cubierto por la póliza.	3 a 12%
Nota. La impotencia funcional absoluta y permanente de un órgano o miembro se asimila a la pérdida total del mismo.	



Documento Verificable en www.jccm.es mediante Código Seguro de Verificación (CSV): 47C6536C6FC65071D8EE47