



**CONVENIO DE GESTIÓN  
DE SINIESTROS DE  
DAÑOS PERSONALES  
(SDP)**

18/09/2019  
Actualización Julio 2022

**UNESPA**



## ÍNDICE

---

1. PREÁMBULO.....	3
2. OBJETO .....	4
3. OBJETIVOS .....	4
4. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
5. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN - MEDIDAS DE SEGURIDAD .....	6
5.1. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN .....	6
5.2. MEDIDAS DE SEGURIDAD .....	6
5.3. RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS .....	8
6. FORMA Y OBLIGATORIEDAD .....	9
6.1. FORMA.....	9
6.2. OBLIGATORIEDAD .....	9
6.3. COMISION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO .....	9
7. ADHESIÓN, DURACIÓN Y ENTRADA EN VIGOR .....	11
7.1. PROCEDIMIENTO DE ADHESIÓN .....	11
7.2. DURACIÓN DE LA ADHESIÓN .....	11
7.3. APLICACIÓN .....	11
7.4. BAJA POR REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA .....	11
7.5. BAJA VOLUNTARIA.....	12
7.6. COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS.....	12
8. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES DE DAÑOS PERSONALES .....	12
8.1. INICIO DE APERTURA DEL PROCEDIMIENTO.....	13
8.1.1. Inicio del procedimiento por la Entidad Reclamante.....	14
8.1.2. Inicio del procedimiento por la Entidad Reclamada .....	14
8.2. RESPUESTAS A LA APERTURA DEL PROCEDIMIENTO .....	15
8.2.1. Aceptación de la apertura del procedimiento .....	15
8.2.2. Rechazo de la apertura del procedimiento .....	15
8.3. VALORACIÓN DEL LESIONADO. ....	16
8.3.1. Entidad Reclamada comunica que realiza seguimiento médico aceptando o no la responsabilidad .....	17



8.3.2.	Entidad Reclamada no realiza el seguimiento médico, y queda a la espera de documentación médica aceptando o no la responsabilidad .....	17
8.3.3.	Entidad Reclamada valora documentación médica remitida por la Entidad Reclamante 18	
8.3.4.	Entidad Reclamada no valora por VERIFICACIÓN TÉCNICA DE SINIESTROS (VTS) .....	18
8.3.5.	Entidad Reclamada no valora por falta de responsabilidad en el siniestro .....	19
8.4.	ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN .....	19
8.4.1.	Propuesta por la Entidad Reclamada .....	19
8.4.2.	Propuesta por la Entidad Reclamante .....	21
8.5.	PAGOS A CUENTA.....	21
8.6.	PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN AL LESIONADO .....	21
8.7.	FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	22
8.8.	REAPERTURAS DE PROCEDIMIENTO.....	22
8.9.	LIQUIDACIÓN DE RECARGOS POR RETRASO .....	22
9.	ANEXO I: PLAZOS Y RECARGOS .....	22
10.	ANEXO II: MODELOS DE OFERTA Y RESPUESTA MOTIVADA.....	24
	MODELO 1 Modelo de oferta de indemnización por lesiones con pago inmediato .....	25
	MODELO 2 Modelo de oferta motivada de indemnización por lesiones .....	31
	MODELO 3 Respuesta motivada por falta de cuantificación plena de los daños en lesiones .....	38
	MODELO 4 Respuesta motivada por falta de cuantificación plena de los daños en lesiones -con pago a cuenta – recordatorio cada 2 meses .....	41
	MODELO 5 Respuesta motivada por falta de cuantificación de los daños en lesiones - sin pago a cuenta-.....	43
	MODELO 6 Respuesta motivada por falta de determinación de la responsabilidad en lesiones	44
	MODELO 7 Respuesta motivada de rehúse por lesiones .....	45
12.	ANEXO III: MODELO DE AUTORIZACIÓN.....	46
13.	ANEXO IV: BOLETÍN DE ADHESIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA AL CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES (SDP) .....	48



### 1. PREÁMBULO

---

Las entidades aseguradoras en el ámbito de su actuación se encargan de la gestión y tramitación de los siniestros derivados de accidentes de circulación de los vehículos que aseguran y que afectan a la cobertura de responsabilidad civil.

Se establece el presente convenio con el fin de facilitar a las personas que resulten lesionadas en accidentes de circulación, un mecanismo, inmediato, automatizado y ordenado para poder comunicar las reclamaciones de daños personales a las entidades aseguradoras responsables, y a su vez poder recibir las ofertas y respuestas motivadas previstas en el artículo 7 (obligaciones del asegurador y del perjudicado) del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por R.D. 8/2004, de 29 de octubre (en adelante LRCSCVM), con el redactado dado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del Baremo.

Las reclamaciones que se pueden formular a través de este convenio son las realizadas entre aseguradoras en nombre de su asegurado, es decir, las reclamaciones que se formulan a través de las garantías de “reclamación de daños” siempre que las mismas, lo sean, dentro del ámbito de los daños personales.

Para que dichas reclamaciones entre aseguradoras en nombre de sus asegurados puedan ser realizadas a través de este mecanismo, es requisito indispensable, que exista una autorización del asegurado que hubiera resultado lesionado para que su aseguradora realice la reclamación pertinente en su propio nombre a través de la garantía mencionada.

A estos efectos, dicha autorización se podrá obtener, o bien a través de la documentación contractual al suscribir la póliza de seguro correspondiente, o bien, de forma expresa para la reclamación concreta que se vaya a formular. En dicha autorización deberá contemplarse asimismo el consentimiento para que los datos personales, incluidos los relativos a la salud, objeto de reclamación, puedan ser intercambiados con la entidad del causante de los daños.

Los plazos establecidos en el presente convenio estarán ajustados a los tiempos de oferta y respuesta motivada previstos en la LRCSCVM, facilitando a las entidades aseguradoras, la posibilidad de obtener los justificantes documentales necesarios, que les permitan acreditar frente a terceros y en procedimientos judiciales, el cumplimiento de dichas obligaciones en los plazos previstos.

Así, dicho canal de comunicaciones entre entidades no distorsiona las obligaciones legales contempladas en el art. 7 LRCSCVM de la oferta y respuesta motivada, debiendo cumplirse dichas obligaciones frente al perjudicado, por parte de la entidad responsable de los daños, en el plazo establecido al efecto, tal como se prevé en el citado precepto. Por otra parte, todas las referencias que se hacen en este convenio a las comunicaciones entre entidades aseguradoras, para trasladar la oferta o respuesta motivada, se entenderán hechas al perjudicado, que es a quien en último término hay que dirigir este tipo de comunicaciones. De la misma forma, la oferta de indemnización deberá ser trasladada al perjudicado y constar la aceptación de la misma para que pueda darse por finalizada la reclamación correspondiente.

Las reclamaciones que se formulan entre las entidades aseguradoras a través de este convenio se canalizan a través de una plataforma informática de gestión de Siniestros de Daños Personales (en adelante, SDP), que gestionada por Tecnologías de la Información y Redes para las Entidades aseguradoras S.A. (en adelante, TIREA) permite, que la comunicación entre entidades se realice de forma fluida a través de una serie de mensajes codificados con plazos de respuesta preestablecidos.



El presente convenio inicialmente se aplicará a las reclamaciones de daños personales de lesionados en colisiones únicamente entre dos vehículos, con aceptación total de la responsabilidad por uno de los intervinientes. No obstante, existe la intención de ampliar en un futuro, el ámbito de dicho convenio al resto de siniestros con daños personales derivados de un accidente de circulación (ejemplo, fallecimiento, colisiones múltiples, concurrencias de culpas...)

## 2. OBJETO

---

El presente convenio se establece con carácter sectorial y tiene por objeto establecer procedimientos de tramitación y comunicación entre entidades aseguradoras del ramo de Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria del automóvil de los siniestros con daños personales derivados de un accidente de circulación, cuando dichas reclamaciones se hagan en nombre del asegurado desde la entidad del asegurado que ha resultado perjudicado (en adelante, entidad reclamante – E.RTE –) hacia la entidad del causante de los daños (en adelante entidad reclamada – E.RDA). Asimismo, es condición necesaria, que las entidades, en el ámbito de este convenio, actúen como entidad reclamante y reclamada, excepto en el caso del Consorcio de Compensación de Seguros, que sólo actuará como entidad reclamada.

Al tratarse por tanto de reclamaciones en nombre del asegurado (conductores u ocupantes), cubiertas bajo la garantía de la “reclamación de daños”, es necesario que exista autorización del asegurado que permita a su entidad aseguradora realizar la reclamación de los daños en su propio nombre, lo cual debe conllevar necesariamente el consentimiento del afectado para que sus datos personales, incluidos los relativos a la salud, puedan ser tratados en el intercambio de comunicaciones con la entidad reclamada. Esta previsión será igualmente aplicable con respecto a los afectados distintos del asegurado, entre los que puede haber sujetos con los que la aseguradora no tenga relación contractual alguna. En esos casos, cuando proceda, la aseguradora dispondrá de la correspondiente autorización para reclamar en su nombre y el consentimiento para el tratamiento y cesión de sus datos personales.

A estos efectos, dicha autorización se podrá obtener, o bien a través de la documentación contractual al suscribir la póliza de seguro correspondiente, o bien, de forma expresa para la reclamación concreta que se vaya a formular, según modelo de autorización del anexo III. En dicha autorización deberá contemplarse asimismo el consentimiento para que los datos personales, incluidos los relativos a la salud, objeto de reclamación puedan ser intercambiados con la entidad del causante de los daños. Además, también deberá contener la autorización para que la entidad que representa al lesionado pueda aportar a la entidad reclamada los informes periciales de que disponga para verificar los daños materiales del vehículo.

El convenio se basa en un procedimiento de tramitación denominado “Procedimiento de gestión de reclamaciones de daños personales” (en adelante, procedimiento de reclamación) que sirve para dar soporte a la gestión de la reclamación de los daños personales de las personas lesionadas frente a las entidades consideradas responsables.

## 3. OBJETIVOS

---

El Convenio establecido, dentro del marco de las relaciones internas de las entidades aseguradoras suscritas, persigue los siguientes objetivos:



- Ofrecer una garantía en la reclamación de daños que formula la entidad aseguradora del perjudicado a la entidad aseguradora del causante de los daños.
- Ofrecer un canal de comunicación para cumplir con los plazos y los requisitos de las Ofertas y Respuestas Motivadas, reguladas en el artículo 7 de la LRCSCVM.
- Transmitir a los asegurados y al conjunto de la sociedad, una imagen sectorial moderna, ágil, eficaz y comprometida en la mejora del servicio prestado por las entidades aseguradoras.
- Dar primacía a la atención al asegurado, dando por cerrados los siniestros, en el menor plazo posible.
- Establecimiento de métodos administrativos simplificados comunes que, mejorando el entendimiento y colaboración entre las entidades aseguradoras, consigan reducir los gastos de la gestión de los siniestros a través de la automatización de los procesos.
- Evitar las reclamaciones judiciales entre las entidades aseguradoras, suprimiendo los gastos y los retrasos inherentes a este tipo de procesos.

A fin de aumentar ese grado de eficacia, simplificar y agilizar la gestión de las reclamaciones de daños, de los asegurados entre las entidades aseguradoras, la gestión de estos trámites entre las entidades adheridas se realizará a través de la plataforma informática del SDP.

#### 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

---

El ámbito de aplicación de este convenio se circunscribe a los accidentes de circulación con daños personales regulados en la LRCSCVM.

El procedimiento de reclamación del convenio será aplicable, en esta primera fase, a colisiones entre dos vehículos, en las que la responsabilidad, pueda ser imputable únicamente a uno de los vehículos asegurados en las entidades intervinientes en la reclamación y para los lesionados que hayan requerido, como mínimo, una primera asistencia facultativa.

La aplicación de los procedimientos fijados en este convenio, en todo caso, no perjudica los derechos y acciones que ostente el lesionado en los casos que éste desee gestionar la reclamación al margen de lo establecido en este convenio.

Además, las estipulaciones contenidas en el presente convenio cumplen fielmente con los preceptos de la LRCSCVM y con el Reglamento del seguro del automóvil, respetándose en todo momento, las obligaciones legales y los plazos establecidos para las mismas, en el art. 7 de dicha Ley, así como los criterios y las buenas prácticas recogidos en la Guía de Comisión de Seguimiento del Baremo, según lo dispuesto en la disposición adicional primera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre. Para ello, las entidades que se adhieren a este convenio se comprometen a cumplir fielmente con lo establecido en dicha guía.

Lo anterior determina el compromiso que asumen las entidades en virtud, de preservar los derechos de los asegurados y perjudicados frente a cualquier cláusula o condición de este convenio que, en caso alguno será oponible a los mismos en base a las normas que informan la responsabilidad civil.

En caso de que uno de los vehículos implicados sea una unidad mixta, y tanto la cabeza tractora como el remolque estén asegurados por la misma entidad, se considerará un único vehículo a efectos de este convenio.



No se incluyen en la aplicación de este Convenio los siniestros en que las entidades adheridas intervengan como representantes en España de cualquier entidad extranjera, sea o no de su Grupo Empresarial.

### 5. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN – MEDIDAS DE SEGURIDAD

---

#### 5.1. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

Las entidades aseguradoras adheridas son responsables, tanto de la información transmitida, como del procedimiento informático de envío y recepción a TIREA. La recepción de transmisiones incompletas o incorrectas, deben ser comunicadas a TIREA por el receptor al mismo, a la mayor brevedad posible.

En caso de discrepancia entre la información existente en las entidades, prevalecerá la que conste en TIREA.

Por su parte, TIREA, responsable del correcto funcionamiento del Sistema, especialmente en lo relativo al tratamiento y validación de la información recibida de las entidades aseguradoras adheridas a este Convenio, realizará la distribución de datos y mensajes codificados, canalizándolos hacia su respectivo destino para que en tiempo y forma estén a disposición de las Entidades. El destino de la información será el del centro operativo que designe cada Entidad.

#### 5.2. MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Las entidades aseguradoras adheridas adoptarán las medidas precisas para garantizar que sus transmisiones de datos sean correctas y completas, así como se comprometen a mantener la más absoluta confidencialidad sobre los datos intercambiados, o que se obtengan como consecuencia del procesamiento de los mismos, debiendo incorporar al Sistema estrictos controles de seguridad que eviten un uso indebido de la información o accesos no autorizados, garantizando en todo caso el cumplimiento de la legislación vigente en materia de la protección de datos de carácter personal y, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), en adelante RGPD. Entre otras cuestiones, será responsabilidad de la entidad aseguradora la acreditación de, con carácter enunciativo que no limitativo, las siguientes cuestiones:
- Cumplir con los requerimientos asociados al consentimiento para el tratamiento de datos, así como el deber de información a los interesados.
- Mantenimiento del Registro de Actividades de Tratamiento respecto del Fichero del que provienen los datos intercambiados. En ese registro deberán indicar/mencionar el Encargo de Tratamiento realizado por TIREA.
- La realización del Análisis de Riesgos y la correspondiente Evaluación de Impacto de Privacidad.
- La gestión de los derechos de protección de datos que pudieran corresponderle al interesado.

TIREA como entidad titular de la plataforma de SDP que sirve como canal de comunicaciones de las entidades en el marco de este convenio, ostentará la condición de Encargado del Tratamiento en lo que a protección de datos se refiere.



Parte de la información que se tramitará a través de la plataforma tiene la consideración de categorías especiales de datos por lo que en cumplimiento del artículo 32 del citado Reglamento, TIREA establecerá, con carácter enunciativo que no limitativo, las siguientes medidas de:

- Disponer de un **documento de seguridad** que recogerá las medidas de índole técnica y organizativa acordes a la normativa de seguridad vigente que será de obligado cumplimiento para el personal con acceso a los sistemas de información Gestión y distribución de soportes.
- Las **funciones y obligaciones** de cada uno de los usuarios o perfiles de usuarios con acceso a los datos de carácter personal y a los sistemas de información estarán claramente **definidas y documentadas** en el documento de seguridad. Además, se adoptarán las medidas necesarias para que **el personal conozca** de una forma comprensible las normas de seguridad que afecten al desarrollo de sus funciones, así como las consecuencias en que pudiera incurrir en caso de incumplimiento. **Registro de Incidencias** donde se hará constar el tipo de incidencia, el momento en que se ha producido, o en su caso, detectado, la persona que realiza la notificación, a quién se le comunica, los efectos que se hubieran derivado de la misma y las medidas correctoras aplicadas. Además, se harán constar los procedimientos realizados de recuperación de los datos, indicando la persona que ejecutó el proceso, los datos restaurados y, en su caso, qué datos ha sido necesario grabar manualmente en el proceso de recuperación.
- **Política de control de accesos** para que ningún usuario acceda a recursos para los que no dispone de autorización, limitando la posibilidad de intentar reiteradamente el acceso no autorizado al sistema de información.
- Procedimiento para la **Comunicación de Brechas de Seguridad**.
- Disponer de un **Registro de Actividades** de Tratamiento en el que, en su condición de Encargado de Tratamiento, esté recogido el servicio objeto de este contrato.
- Políticas de **Gestión de Soportes y documentos**, de modo que se puede identificar la información en ellos contenidos, la entrada y salida de los mismos, así como medidas para evitar la sustracción, pérdida y alteración, incluidas las medidas adoptadas para su destrucción, si esta fuese necesaria.
- Adopción de medidas que garanticen la correcta **identificación y autenticación** de los usuarios.
- Realización de **copias de seguridad** conforme a la Política diseñada en TIREA a tal efecto.
- Designación de uno o varios **responsables de Seguridad**, así como un responsable de **privacidad, (DPO/DPD)**.
- Realización de una **auditoría de cumplimiento**, al menos, **cada 2 años** para garantizar el correcto cumplimiento de los procedimientos y medidas de seguridad establecidas.
- **Identificación** de forma inequívoca y personalizada de todo aquel usuario que intente **acceder al sistema de información** y la verificación de que está autorizado.
- **Registro de Entrada y Salida** de Soportes.
- Realización de **Copias de Respaldo y Recuperación**.
- La **transmisión de datos** se hará **cifrando** los mismos o bien utilizando cualquier otro mecanismo que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros.
- Implantación de un **registro de accesos**:
  - De cada acceso se guardarán, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado.





- En el caso de que el acceso haya sido autorizado, será preciso guardar la información que permita identificar el registro accedido.
- Los mecanismos que permiten el registro de los datos detallados en los párrafos anteriores estarán bajo el control directo del responsable de seguridad sin que se deba permitir, en ningún caso, la desactivación de los mismos. El período mínimo de conservación de los datos registrados será de dos años.
- Los responsables de Seguridad de TIREA revisarán la información de control registrada y elaborará un informe de las revisiones realizadas y los problemas detectados al menos una vez al mes.

Las entidades que se adhieran a este Convenio y el encargado del tratamiento suscribirán durante la ejecución del mismo, cuantos documentos sean necesarios, y establecerán las medidas jurídicas, técnicas y organizativas precisas, para dar cumplimiento a la normativa de protección de datos de carácter personal durante su vigencia.

TIREA, como proveedor del servicio, únicamente podrá hacer el tratamiento conforme a lo recogido en este acuerdo y dentro del marco de la prestación del servicio, quedando expresamente prohibido utilizar los datos con fin distinto al recogido en el presente acuerdo, garantizando, en su caso, la aplicación de las medidas de seguridad que correspondan al tipo de información tratado. Así mismo, entre las obligaciones de TIREA no se encontrará la gestión de los derechos de protección de datos. TIREA, caso de recibir alguna solicitud en este sentido, la derivará a la entidad o entidades afectadas.

En ningún caso se contempla, a los efectos de la aplicación del presente convenio, la existencia de Transferencias Internacionales de datos. La prestación del servicio realizada por TIREA deberá ser realizada en territorio español.

### 5.3. RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

Cada entidad aseguradora que transfiera datos personales de sus asegurados o de los lesionados que represente para la liquidación del siniestro dentro del marco de este convenio, se compromete a recoger la información que se detalla en el punto 2 (conformidad del asegurado para que su aseguradora ejercite la reclamación de daños y para el tratamiento y cesión de su datos personales, incluidos los relativos a la salud), en la documentación contractual, o en autorización expresa para el caso concreto (según modelo de autorización del anexo III), con el objeto de garantizar que, previamente a trasladar los datos personales del lesionado, incluidos los relativos a la salud, a la aseguradora responsable de los daños para la liquidación del siniestro, se ha recabado del mismo, la autorización necesaria para poder reclamar en su nombre y para compartir estos datos con la entidad causante de los daños. Asimismo, también se compromete a recabar la autorización del lesionado al que representa para poder transferir a la entidad causante de los daños, los informes periciales de daños materiales del vehículo, que sean necesarios para la liquidación del siniestro.

El incumplimiento de esta obligación y las que pudieren corresponderle como responsable de los Ficheros de los que provienen los datos intercambiados a través de la Plataforma, es responsabilidad atribuible en su totalidad a la entidad que cede los datos del lesionado, liberando de ningún tipo de responsabilidad a la entidad a la que se le transfieren los datos personales para liquidar el siniestro.

Asimismo, tampoco se pueden atribuir responsabilidades por el incumplimiento de esta obligación, ni a UNESPA como promotora de este convenio sectorial, ni a TIREA como entidad encargada de establecer el canal informático de comunicaciones para su tramitación.



Todas las partes a las que les sea de aplicación el presente convenio y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos.

### 6. FORMA Y OBLIGATORIEDAD

---

#### 6.1. FORMA

El procedimiento de tramitación del presente convenio se llevará a cabo mediante la plataforma de gestión de Siniestros de Daños Personales (SDP) de TIREA.

Los trámites de gestión se formalizarán mediante un expediente (diálogo) y comunicaciones estructuradas (mensajes), que estarán sujetas a requisitos y plazos de obligado cumplimiento.

Las indemnizaciones que se tengan que abonar a los lesionados, se realizarán a través del propio sistema.

#### 6.2. OBLIGATORIEDAD

Las entidades adheridas están obligadas a iniciar el procedimiento del convenio cuando tengan que gestionar una reclamación para obtener una indemnización.

El presente convenio deja de tener carácter vinculante para las entidades adheridas cuando el lesionado gestione personalmente su reclamación, bien directamente, bien mediante la designación de un abogado o a través de cualquier otro órgano o persona que le represente.

Dicho convenio prevalecerá respecto a la plataforma de gestión de siniestros de daños personales SDP Lex, por lo que en el caso de que una entidad estuviese adherida a ambas plataformas (SDP y SDP Lex), deberá utilizar este convenio, tanto en el caso de que actúe como entidad reclamante, como entidad reclamada, incluso aunque actúe a través de sus propios abogados, para realizar la reclamación a la entidad contraria en nombre de su asegurado.

Las entidades deberán iniciar los procedimientos previstos en este convenio, aunque concurra una circunstancia de exclusión, inaplicación o de Verificación Técnica de Siniestros, en adelante VTS, con el fin de que tanto el inicio como el motivo de finalización consten de manera fehaciente.

Las entidades adheridas están obligadas a realizar las gestiones de tramitación del ámbito del convenio por medio del sistema de comunicación de TIREA.

Las comunicaciones podrán ser preceptivas o potestativas. En caso de ser preceptivas, las entidades estarán obligadas a cumplirlas en el plazo previsto en la gestión y, en caso de no hacerlo, se les podrán imponer recargos por retraso a favor de la entidad contraria, según consta en el Anexo I de plazos y recargos.

Los recargos, tanto los casos en los que proceden, como su importe, serán cuestiones establecidas en el anexo de recargos, los cuales podrán ser modificados y actualizados anualmente.

El sistema avisará a las entidades de manera automática y con antelación de las gestiones que son preceptivas y están sujetas a recargos por retraso.

#### 6.3. COMISION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO



Para el seguimiento e interpretación del Convenio, se crea una Comisión de Control y Seguimiento que estará compuesta por un representante de UNESPA que hará la función de Coordinador, un representante de TIREA y un representante por cada entidad aseguradora que esté interesada, con el límite de un representante por grupo asegurador

Para el buen funcionamiento de la Comisión de Control y Seguimiento y del Convenio en general, es necesario que los miembros de la Comisión tengan cierta continuidad en el mismo, al objeto de mantener una línea de trabajo y evitar variaciones bruscas de criterios.

El coordinador de la Comisión de Control y Seguimiento dispondrá del control de fechas de alta y baja de los miembros de la misma.

Esta Comisión se reunirá periódicamente, al menos dos veces al año, aprobará un reglamento de funcionamiento, cargos y funciones; y el procedimiento de renovación de los cargos, etc.

Sus principales funciones serán las siguientes:

1. Interpretar el Convenio, y los documentos que forman parte de éste, en aquellas cuestiones que les sean sometidas por las entidades adheridas, y dirimir los desacuerdos existentes entre ellas en la aplicación del Convenio, sin poder entrar a valorar cuestiones de responsabilidad civil para determinar a qué entidad corresponde asumir el pago de la reclamación.
2. Analizar y formar criterio de solución para todos los aspectos y supuestos que, relacionados con la finalidad del Convenio, se den en la práctica y no se hayan previsto en su regulación. También podrán adoptar cuantas medidas de carácter urgente sean imprescindibles para el buen funcionamiento del Sistema.
3. Responder consultas sometidas por las entidades aseguradoras.
4. Proponer a la Comisión Técnica del Seguro del Automóvil de UNESPA, en adelante Comisión Técnica, las modificaciones y ampliaciones que deban incorporarse al Convenio para su perfeccionamiento y completar su contenido, así como las modificaciones de los recargos contenidos en el anexo I y cuantas medidas sean necesarias para la detección de incumplimientos que conlleven una tramitación irregular por parte de cualquiera de las entidades en claro perjuicio del resto de entidades adheridas.
5. Realizar el seguimiento del grado de cumplimiento, objetivos y eficacia del presente convenio.
6. Analizar el comportamiento de cada entidad adherida en relación con el Convenio y, en función de la trascendencia, gravedad y reiteración de las infracciones o de los actos de obstrucción o falta de espíritu de cumplimiento que detecte, se informará a la Comisión Técnica.
7. Tramitar las solicitudes de alta y de baja de las entidades, así como informar posteriormente a la Comisión Técnica de Seguros de Automóviles de dichas altas y bajas.

Los miembros de la Comisión de Control se comprometen y obligan en el ejercicio de sus funciones a guardar y respetar las normas de defensa de la competencia, Ley 15/2007, y las de protección de datos de carácter personal, Reglamento General de Protección de Datos y normativa de española y/o



aplicable de desarrollo, recayendo en éstos, cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de su incumplimiento.

### 7. ADHESIÓN, DURACIÓN Y ENTRADA EN VIGOR

---

#### 7.1. PROCEDIMIENTO DE ADHESIÓN

Podrá solicitar su adhesión al Convenio toda entidad aseguradora que opere legalmente en España en el seguro del automóvil. Independientemente de que UNESPA sea promotora del presente Convenio, no será requisito de adhesión el hecho de que la entidad aseguradora sea miembro de dicha Asociación.

En el caso de que una entidad aseguradora desee adherirse al Convenio, deberá:

- Solicitar la adhesión, cumplimentando el boletín de adhesión que se adjunta como anexo IV, remitiendo el mismo a UNESPA.

Firmar el contrato de prestación de servicios con la empresa que gestiona informáticamente la Plataforma SDP (TIREA).

Una vez cumplidos estos trámites, la efectividad del alta será desde que la entidad pueda estar operativa en la plataforma tecnológica del SDP, fecha que será comunicada por TIREA a la entidad. Asimismo, será necesario dar publicidad en la INTRANET y en la WEB de UNESPA de dichas altas.

#### 7.2. DURACIÓN DE LA ADHESIÓN

La adhesión al Convenio tendrá una duración inicial mínima de un año desde la fecha de adhesión, y se prorrogará tácitamente por períodos anuales en tanto no se notifique a la Comisión Técnica la oposición a la prórroga con una antelación mínima de dos meses a la fecha en que se pretenda hacer efectiva de la baja.

#### 7.3. APLICACIÓN

El Convenio será de aplicación a todos aquellos siniestros ocurridos o declarados (que no se hayan reclamado previamente) desde la fecha efectiva de alta de la entidad en el servicio SDP y la duración será indefinida.

#### 7.4. BAJA POR REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA

La revocación de la autorización administrativa para operar en el ramo de automóviles conllevará su baja automática parcial o total en el Sistema, desde el día de publicación en el B.O.E. de la Orden por la que se declare la misma, con los siguientes efectos, en función de cuál sea la causa de revocación:

- Cesión de cartera: La entidad adquirente se subrogará en todos los derechos y obligaciones derivados del Convenio desde la fecha de otorgamiento de la escritura pública o desde aquella en la que deba tener efecto la cesión.
- Fusión: La nueva entidad aseguradora resultante de la fusión de dos o más entidades o, si la fusión se produce por absorción, la entidad absorbente, sustituirá legalmente a las desaparecidas o absorbidas en todos los derechos y obligaciones derivados del presente Convenio, desde la fecha de otorgamiento de la escritura pública o de aquella en la que deba tener efecto la fusión.



- Escisión: La nueva entidad que se cree con motivo de la escisión o las que absorban las partes escindidas sustituirán legalmente a la escindida en todos los derechos y obligaciones que se deriven de los contratos que a cada una hayan correspondido, desde la fecha del otorgamiento de la escritura pública o desde aquella en que deba tener efecto la escisión.
- Declaración judicial de concurso, disolución voluntaria o administrativa sin intervención en la liquidación por el Consorcio de Compensación de Seguros. Con independencia de la baja automática de la entidad del Convenio, y la consiguiente suspensión de tramitaciones en las que ésta intervenga, antes de procederse a la desconexión definitiva, se deberá efectuar la compensación de saldos de los siniestros pendientes.
- Liquidación encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros (CCS): La entidad será baja automática, suspendiéndose la tramitación a través de SDP, el mismo día en que se publique en el B.O.E. la Orden del Ministerio de Economía por la que se acuerda su disolución y se encomiende la liquidación al CCS. No se procederá a la desconexión de SDP, que seguirá registrando, únicamente a efectos informativos, las reclamaciones que se produzcan desde esta fecha hasta la de vencimiento de los contratos, al objeto de facilitar su liquidación por el CCS.

### 7.5. BAJA VOLUNTARIA

La entidad adherida que desee causar baja en el convenio lo comunicará por escrito a través de la Comisión Técnica, con un mínimo de dos meses de anticipación a la fecha efectiva que se desee causar baja.

Será responsabilidad de la Comisión de Control la tramitación de la baja de las entidades aseguradoras en el Convenio. Esta baja se tramitará de modo provisional, no permitiendo la apertura de nuevas reclamaciones en las que intervenga como reclamante o reclamada dicha entidad, quedando obligada a finalizar las reclamaciones pendientes por los trámites de este Convenio.

### 7.6. COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS

La Comisión de Control se obliga a comunicar a las entidades adheridas, las altas y bajas que se vayan produciendo, con indicación de las fechas de efectividad de las mismas.

## 8. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES DE DAÑOS PERSONALES

---

Mediante el procedimiento de reclamación, una de las entidades podrá obtener una indemnización a favor del lesionado por el que reclama.

- El procedimiento de reclamación comprende, principalmente:
- Apertura del procedimiento
- Interposición de la reclamación.
- La aceptación o rehúse de la reclamación.
- La valoración del lesionado.
- La gestión del acuerdo amistoso.
- La realización de la oferta y/o respuesta motivada.



- Emitida la oferta motivada, optativamente, la entidad aseguradora reclamada, podrá emitir un documento justificativo de la aceptación del pago que coincidirá con la cantidad ofertada.
- Obtener del sistema copias de los trámites de gestión en los que constarán: fechas de envío/recepción, la identificación de intervinientes, cuantías

A efectos de este procedimiento, la entidad aseguradora del vehículo que se considere no responsable, donde viaja el perjudicado, adquirirá la denominación de Entidad Reclamante (E.RTE) y la entidad aseguradora del vehículo considerado responsable se la denominará Entidad Reclamada (E.RDA).

Durante la fase de acuerdo de indemnización, la Entidad Reclamante, podrá comunicar, en nombre de su asegurado, la aceptación o rechazo de las ofertas que le proponga la Entidad Reclamada. La Entidad Reclamante podrá cuantificar la indemnización que reclama si lo estimase conveniente. En caso de aceptación de la oferta por parte del lesionado, la indemnización se abonará, mediante pago a través de TIREA.

La oferta de indemnización podrá comprender tanto los daños personales valorados conforme al sistema de valoración de daños personales, como aquellos perjuicios o enseres de uso personal y que hayan sido dañados en el accidente, salvo que hayan sido satisfechos por otra vía. En el caso de que la reclamación de dichos daños haya sido iniciada por otra vía, prevalecerá este convenio.

Si durante la gestión del procedimiento de reclamación, la Entidad Reclamada, detectase la existencia de un motivo de "verificación técnica de siniestros" (en adelante VTS, según apartado 8.3.4) de los recogidos en el apartado 8.5, procederá a informarlo.

Durante la tramitación del procedimiento y antes de llegar a la fase de acuerdo de indemnización, la Entidad Reclamada, podrá realizar distintas comunicaciones a la Entidad Reclamante, cuando las mismas impliquen una Respuesta Motivada (ya sea por rechazo de la reclamación o ya sea porque se informe que no se puede efectuar una Oferta de Indemnización), las mismas, se efectuarán en los términos previstos en el artículo 7.4 de la LRCSCVM.

Estas comunicaciones, deberán dar una contestación suficiente, indicándose la causa del rechazo de la reclamación o el motivo por el que no se puede realizar la oferta de indemnización, contendrán de forma desglosada y detallada, los documentos e informes o cualquier otra información de que se disponga.

Cuando una comunicación, constituya una Respuesta Motivada, se indicará expresamente en el texto del convenio.

- Para las comunicaciones, relativas a la Oferta Motivada o Respuesta Motivada, se utilizarán los modelos establecidos al efecto y que se contienen en el Anexo II.

### 8.1. INICIO DE APERTURA DEL PROCEDIMIENTO

La apertura del procedimiento de reclamación, podrá llevarla a cabo cualquiera de las entidades intervinientes en el accidente, indicando su posición en la gestión, ya sea como Entidad Reclamante, ya sea como Entidad Reclamada.

El inicio del procedimiento tiene por objeto, exclusivamente, crear una relación de gestión entre las aseguradoras intervinientes. Por este motivo, la aceptación de la apertura del procedimiento de gestión de indemnización no implica aceptación de la responsabilidad.



Para iniciar el procedimiento será necesario dar de alta un diálogo por siniestro y otro por cada uno de los lesionados por los que se va a gestionar una reclamación.

Cada apertura de siniestro quedará definida de forma unívoca por su referencia de siniestro y matrículas participantes.

Si ya existiera un procedimiento abierto, se podrán ir dando de alta sucesivos lesionados asociados al siniestro, cada alta generará su propio diálogo de lesionado.

### **8.1.1. Inicio del procedimiento por la Entidad Reclamante**

La Entidad Reclamante, estará obligada a iniciar el procedimiento de reclamación cuando tenga que gestionar una reclamación para obtener una indemnización a favor de su asegurado, al que representa.

Para iniciar la reclamación y cumplir con los requisitos del artículo 7 de la LRCSCVM, la Entidad Reclamante, deberá completar el correspondiente formulario de reclamación, en el que se aportará la siguiente información (siendo sólo obligatoria en los epígrafes que se señala con \* y en el resto de los casos, sólo será obligatoria si se dispone de la misma a la fecha de la reclamación):

- a) Datos del accidente (\*):
  - Lugar, fecha...
  - Identificación de los vehículos.
- b) Datos del lesionado (\*):
  - Identificación del lesionado.
  - Lesiones.
- c) Documentos que se adjuntan:
  - Parte de urgencias o de primera asistencia (\*).
  - Documentación médica.
  - Documentación de gastos.
  - Documentación de lucro cesante.
  - Cualquier otra de que se disponga para poder cuantificar los daños.
  - Indemnización que se reclama en caso de que estén cuantificados los daños.

La Entidad Reclamante, una vez iniciado el procedimiento de reclamación, podrá desistir de la tramitación del mismo en cualquier momento, informando de esta circunstancia mediante el mensaje correspondiente e indicando el motivo del desistimiento.

### **8.1.2. Inicio del procedimiento por la Entidad Reclamada**

Cuando una Entidad disponga de un parte de accidente en el que le consten lesionados de un vehículo asegurado en la entidad contraria, a los que pudiera tener que indemnizar, podrá iniciar el procedimiento de reclamación, como Entidad Reclamada e identificará a la Entidad aseguradora del vehículo en el que viajaba el lesionado en el momento del accidente, como Entidad Reclamante.

Para iniciar el procedimiento deberá cumplimentar la siguiente información.

- a) Datos del accidente:
  - Lugar, fecha...
  - Identificación de los vehículos.



- b) Datos del lesionado:
- Identificación del lesionado.

El inicio de la reclamación se entenderá realizado a la fecha en el que la Entidad Reclamante, indique que inicia Reclamación, conforme al trámite del apartado 8.2.1

### 8.2. RESPUESTAS A LA APERTURA DEL PROCEDIMIENTO

Tanto la Entidad Reclamada, como la Entidad Reclamante, dependiendo de quién haya iniciado, deberán contestar a la apertura del procedimiento recibida, aceptando o rechazando la apertura del mismo, dentro del plazo establecido al efecto.

La Entidad Reclamada que haya recibido el inicio, sólo podrá rechazarla, cuando concurra alguna de las circunstancias que se enumeran en el apartado 8.2.2, relativo al "Rechazo de la apertura del procedimiento".

Cuando las Entidades, dependiendo de quién haya iniciado el procedimiento, no tengan antecedentes o parte del siniestro de su asegurado, podrán informar de esta circunstancia, manteniendo la obligación de contestar en relación a la apertura del procedimiento.

#### 8.2.1. Aceptación de la apertura del procedimiento

La aceptación por parte de la Entidad Reclamada podrá ser expresa o tácita. En ambos casos esta acción supondrá la continuación del proceso de gestión de reclamación del lesionado.

La aceptación tácita se producirá cuando la Entidad Reclamada no conteste la reclamación recibida en el plazo previsto en las normas de procedimiento que aparecen en el anexo I, relativo a los plazos y recargos.

La aceptación por parte de la Entidad Reclamante sólo podrá ser expresa. Por tanto, cuando la Entidad Reclamante reciba la comunicación de inicio de apertura del procedimiento, deberá contestar, en el plazo establecido al efecto, que inicia reclamación, procediendo para ello a cumplimentar el formulario de reclamación con los datos previstos en el apartado 8.1.1 y el expediente pasará automáticamente al punto 8.3 del Procedimiento de reclamación, Valoración del lesionado.

#### 8.2.2. Rechazo de la apertura del procedimiento

La Entidad Reclamada sólo podrá rechazar la apertura del procedimiento por uno de los motivos que se enumeran a continuación:

- a) Que en el accidente han intervenido más de dos vehículos.
- b) Que exista concurrencia de culpa entre entidades.
- c) Que la entidad no es la aseguradora del vehículo por el que se reclama.
- d) Que el vehículo que asegura no ha sufrido el accidente.
- e) Que no se trata de un hecho de la circulación.

En todos los casos anteriores se deberá aportar información o documentación justificativa del rechazo.

El que la Entidad Reclamada no se considere responsable del accidente no será motivo de rechazo en la apertura del procedimiento.





Tampoco será motivo de rechazo, que el lesionado no viaje en el vehículo, que no se cumpla el criterio de causalidad o cualquier otro motivo que no sea específicamente, uno de los citados anteriormente.

Los motivos expuestos en los dos párrafos anteriores únicamente podrán ser alegados como rechazo a la reclamación, a partir de la fase de valoración del lesionado.

Cuando el rechazo a la apertura del procedimiento, se base en los motivos c) d) y e), la comunicación, constituirá una respuesta motivada, conforme al artículo 7.2 de la LRCSCVM y según requisitos del 7.4 de dicha ley. En estos casos, la Entidad Reclamada deberá remitir el modelo de respuesta motivada número 7 que figura en el Anexo II.

A la comunicación de los motivos c) y d) deberá adjuntarse el documento acreditativo correspondiente, en particular, certificado de no aseguramiento o declaración de inexistencia de accidente.

La Entidad Reclamante podrá rechazar la apertura del procedimiento, indicando algunos de los siguientes motivos:

- a) Que la entidad no interpone la reclamación al estar fuera del ámbito del convenio
- b) Que la entidad ha dado libertad de acción al lesionado.
- c) Que el lesionado no reclama.
- d) Que el lesionado ha designado abogado particular (libre elección).

### 8.3. VALORACIÓN DEL LESIONADO.

Una vez constituido el procedimiento de reclamación, bien por aceptación expresa o bien por aceptación tácita, se iniciará la fase de Valoración del lesionado.

En la fase de valoración, se realizarán las siguientes gestiones:

- Valoración del lesionado.
- Informar sobre la responsabilidad.
- Las relativas a la respuesta motivada recordatoria (en casos de procesos de larga curación.).

En relación a la gestión de la valoración del lesionado, la Entidad Reclamada emitirá una de las siguientes respuestas, informando:

- Que realiza seguimiento médico aceptando o no responsabilidad.
- Que no realiza seguimiento médico, y queda a la espera de documentación médica aceptando o no responsabilidad.
- Que valora documentación médica remitida por la Entidad Reclamante.
- No valora por presunción de VTS.
- No valora porque no se considera responsable del accidente.

El plazo para la emisión de las respuestas anteriores será el establecido en el anexo I de plazos y recargos, computándose desde la fecha de aceptación de la apertura del procedimiento.

Cuando la Entidad Reclamada no haya contestado en el plazo previsto, el sistema reiterará la necesidad de contestación dando un nuevo plazo para contestar y así sucesivamente hasta que la Entidad Reclamada conteste o bien, la Entidad Reclamante finalice la reclamación.



En el supuesto de que la Entidad Reclamada no conteste, Entidad Reclamante, podrá obtener una certificación de no contestación, con el fin de poder informar a su representado de la circunstancia que impide continuar la reclamación por este procedimiento amistoso.

Durante la fase de valoración del lesionado, la Entidad Reclamada podrá modificar cualquiera de las respuestas anteriormente indicadas, excepto cuando la contestación implique el rechazo de la reclamación.

En la fase de valoración del lesionado, se podrá volver a plantear el rechazo de la reclamación con base alguno de los motivos previstos en el apartado 8.2.2, aplicándose la misma regulación y efectos previstos en dicho apartado.

### **8.3.1. Entidad Reclamada comunica que realiza seguimiento médico aceptando o no la responsabilidad**

La Entidad Reclamada podrá contestar que va a proceder a realizar el seguimiento médico del lesionado, e indicar su posición sobre la responsabilidad en el accidente, que podrá ser con aceptación o no de responsabilidad.

Cuando la Entidad Reclamada no haya contestado en el plazo previsto, el sistema reiterará la necesidad de contestación dando un nuevo plazo para contestar y así sucesivamente, hasta que la Entidad Reclamada conteste, o bien, que la Entidad Reclamante finalice la reclamación.

Cada dos meses, el sistema avisará a la Entidad Reclamada de la necesidad de informar sobre el seguimiento y, en su caso, antes de cumplirse los tres meses desde la fecha de reclamación.

La Entidad Reclamada, una vez aceptada su responsabilidad, deberá informar sobre la situación del seguimiento médico, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LRCSCVM según modelo de respuesta motivada por falta de cuantificación de los daños (modelos 3, 4 y 5) del anexo II.

Cuando no se haya aceptado la responsabilidad, la Respuesta Motivada, tendrá como motivo 'que no está determinada la responsabilidad', informando sobre el motivo por el que no se ha podido determinar la responsabilidad, según modelo 6 del anexo II.

Cuando haya finalizado el seguimiento médico, la Entidad Reclamada, procederá en su caso, a realizar una Propuesta de Indemnización, cuyo tratamiento y efectos serán los previstos en el apartado 8.4.1.

### **8.3.2. Entidad Reclamada no realiza el seguimiento médico, y queda a la espera de documentación médica aceptando o no la responsabilidad**

La Entidad Reclamada podrá contestar que no va a proceder a realizar un seguimiento médico y que queda a la espera de la documentación médica para valorar e indicar su posición sobre la responsabilidad en el accidente, que podrá ser con aceptación o no de responsabilidad.

La Entidad Reclamante deberá aportar la documentación médica para que la Entidad Reclamada pueda valorar los daños personales. Si transcurridos dos meses, la Entidad Reclamada no hubiera recibido la documentación necesaria para cuantificar el daño, el sistema avisará automáticamente a la Entidad Reclamante de que la Entidad Reclamada permanece a la espera de documentación para poder cuantificar.

La comunicación que realice automáticamente el sistema a la Entidad Reclamante, avisando de que la Entidad Reclamada está a la espera de documentación médica para valorar, constituirá una Respuesta Motivada, conforme al artículo 7.4 de la LRCSCVM.



Cuando se haya aceptado responsabilidad, la Respuesta Motivada, tendrá como motivo el que no se ha podido cuantificar plenamente el daño, al no haberse aportado la documentación necesaria para valorar, según modelo de respuesta motivada por falta de cuantificación de los daños (modelos 3, 4 y 5) del anexo II, según el caso.

Cuando no se haya aceptado la responsabilidad, la Respuesta Motivada, tendrá como motivo 'que no está determinada la responsabilidad', informando sobre el motivo por el que no se ha podido determinar la responsabilidad, según modelo de respuesta motivada 6 del anexo II.

Cuando la Entidad Reclamante disponga de la documentación médica definitiva, la comunicará a la Entidad Reclamada, y si ésta hubiera aceptado la responsabilidad, continuará el proceso de valoración, conforme al apartado siguiente.

### **8.3.3. Entidad Reclamada valora documentación médica remitida por la Entidad Reclamante**

La Entidad Reclamada deberá contestar que realizará la propuesta de indemnización con base a la información contenida en la reclamación y demás documentación aportada, o bien, que no puede realizar la propuesta de indemnización, al no disponer de toda la documentación. En este caso, la Entidad Reclamada, procederá a solicitar más información a la Entidad Reclamante.

Cuando la Entidad Reclamada no haya contestado en el plazo previsto, el sistema reiterará la necesidad de contestación dando un nuevo plazo para contestar y así sucesivamente, hasta que la Entidad Reclamada conteste, o bien, la Entidad Reclamante finalice la reclamación.

Cuando la entidad Reclamada, proceda a realizar una Propuesta de Indemnización, el tratamiento y efectos serán los previstos en el apartado 8.4.1.

Cuando la entidad Reclamada, informe que no puede realizar la valoración y solicite más información, la comunicación constituirá una respuesta motivada conforme a los modelos 3, 4 y 5 del anexo II, según el caso.

### **8.3.4. Entidad Reclamada no valora por VERIFICACIÓN TÉCNICA DE SINIESTROS (VTS)**

La Entidad Reclamada podrá contestar que no realizará la valoración del lesionado al considerar que existe una VTS, indicando el supuesto de que se trata, conforme a los motivos que a continuación se detallan:

- a) Los lesionados no viajaban en el vehículo en el momento del accidente.
- b) Las lesiones son de origen no traumático (criterio de exclusión).
- c) Las lesiones no derivan del accidente (criterio topográfico).
- d) Las lesiones no cumplen el criterio cronológico (72 horas desde la ocurrencia del accidente hasta la 1ª asistencia prestada).
- e) Por colisión de baja intensidad (criterio de intensidad)
- f) Siniestros simulados.
- g) Otros.

La Entidad Reclamada deberá informar de la situación de la verificación del siniestro, como mínimo cada dos meses y, en su caso, antes de cumplirse los tres meses desde la fecha de reclamación.

Cuando la Entidad Reclamada no haya contestado informado de la situación de la verificación técnica del siniestro en el plazo previsto, el sistema reiterará la necesidad de contestación dando un nuevo



plazo para contestar y así sucesivamente hasta que la Entidad Reclamada conteste informando de la situación o bien, la Entidad Reclamante finalice la reclamación.

La comunicación que realice la Entidad Reclamada, informando sobre la situación de la verificación del siniestro, constituirá una Respuesta Motivada, conforme al modelo 6 del anexo II.

Cuando la Entidad Reclamada, confirme la existencia del motivo de VTS procederá a comunicar a la Entidad Reclamante el rechazo de la reclamación, lo que constituirá una Respuesta Motivada de rechazo de la reclamación, conforme al modelo 7 del anexo II.

Además, se deberá adjuntar la documentación acreditativa, que podrá consistir en: pericial médica, investigación de detectives, reconstrucción biomecánica, informes sanitarios de "urgencias", declaraciones de accidente, informes de las autoridades competentes, etc.

### **8.3.5. Entidad Reclamada no valora por falta de responsabilidad en el siniestro**

La Entidad Reclamada podrá contestar que no realizará la valoración del lesionado al considerar que no es responsable del accidente por alguna de las causas previstas en la legislación vigente y justificando documentalmente dicho rechazo.

La comunicación que realice la Entidad Reclamada, informando sobre la falta de responsabilidad civil, constituirá una Respuesta Motivada de Rechazo de la Reclamación, conforme al modelo 7 del anexo II.

La Respuesta Motivada tendrá como motivo, que la entidad no se considera responsable del accidente, incluyendo en el escrito, la explicación de la motivación correspondiente.

Además, se deberá adjuntar la documentación acreditativa, que podrá consistir en: informes de las autoridades competentes, reconstrucción accidente, declaraciones de accidente, etc.

Esta contestación, implicará la finalización del procedimiento. Sin embargo, antes de finalizar el procedimiento, se mantendrá abierto durante el plazo establecido al efecto, para que la Entidad Reclamante pueda aportar atestado u alguna otra documentación capaz de modificar el criterio de la Entidad Reclamada.

Una vez que la Entidad Reclamante haya aportado esa información, la Entidad Reclamada podrá volver a contestar dentro del plazo establecido al efecto, o bien, no contestar, produciéndose la finalización del procedimiento, así como la de cualquier otra reclamación perteneciente al mismo siniestro.

## **8.4. ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN**

Una vez finalizada la fase de valoración del lesionado, la Entidad Reclamada deberá realizar la oferta motivada, excepto si se dan las circunstancias de los puntos 8.3.4" Entidad Reclamada no valora por VTS" y 8.3.5"Entidad Reclamada no valora por falta responsabilidad en el siniestro" del apartado anterior.

Durante la fase de Acuerdo de Indemnización, tanto la Entidad Reclamante como la Entidad Reclamada, podrán proponer un importe de oferta para llegar a un acuerdo de indemnización.

### **8.4.1. Propuesta por la Entidad Reclamada**



Una vez la Entidad Reclamada estime que tiene la información suficiente para poder cuantificar conforme a los trámites anteriores, deberá notificar a la Entidad Reclamante una oferta motivada de indemnización, conforme a los modelos 1 y 2 establecidos en el anexo II.

La Oferta Motivada, deberá realizarse antes de cumplirse los tres meses desde la fecha de reclamación, salvo que la Entidad Reclamada haya rechazado la reclamación, informado que no tiene la información suficiente o que el lesionado se encuentra en tratamiento, conforme a los trámites previstos en la fase de valoración.

Una vez recibida la oferta de la Entidad Reclamada, la Entidad Reclamante deberá indicar si su asegurado está o no conforme con la indemnización dentro del plazo establecido al efecto.

En caso de estar conforme, la reclamación pasará automáticamente al proceso de pago de indemnización. La Entidad Reclamante solicitará al lesionado documentación acreditativa de sus datos bancarios, pudiendo aportarse por la misma un recibo de conformidad. Optativamente, la Entidad Reclamada podrá solicitar la firma por el perjudicado de un documento justificativo de la aceptación del pago que deberá ser coincidente con la cantidad ofrecida.

En caso de no conformidad con la oferta, pero con finalización del procedimiento con pagos, el mismo podría ser objeto de reapertura en un momento posterior.

En caso de no estar conforme, la Entidad Reclamante informará a la Entidad Reclamada de la siguiente manera:

- a) Solicitando una nueva oferta.
- b) Solicitando una nueva oferta, cuantificando el importe.

En caso de que la Entidad Reclamante solicite un nuevo importe indemnizatorio, la Entidad Reclamada deberá comunicar, dentro del plazo establecido al efecto, si está conforme con el importe solicitado, si propone un nuevo importe o bien no contesta.

Si la Entidad Reclamada está conforme con la cuantificación realizada por la Entidad Reclamante, la reclamación pasará automáticamente al proceso de pago de indemnización.

La Entidad Reclamada puede realizar una nueva oferta motivada, debiendo en este caso, la entidad Reclamante, contestar dentro del plazo establecido al efecto.

En caso de no que la Entidad Reclamada no conteste a la solicitud de nueva oferta, dentro del plazo establecido al efecto, el sistema finalizará automáticamente el procedimiento por falta de acuerdo.

El proceso de oferta-contraoferta se podrá mantener activo durante tiempo ilimitado siempre y cuando las comunicaciones se realicen dentro del plazo establecido al efecto. En caso contrario, la reclamación del lesionado a través del sistema se dará por finalizada cumpliéndose la obligación de informar establecida en el párrafo siguiente.

Antes de que el procedimiento finalice por falta de acuerdo entre ambas partes, la Entidad Reclamante deberá informar dentro del plazo establecido al efecto, si su asegurado acude al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), adjuntando en tal caso, la solicitud presentada ante el IMLCF. En este supuesto, el procedimiento permanecerá abierto hasta que se aporte el informe del IMLCF.

Cuando la Entidad Reclamante, disponga del IMLCF, solicitará a la Entidad Reclamada una nueva oferta con base al mismo. Esta oferta se realizará en los términos establecidos en el artículo 7.2 de la LRCSCVM, según modelos 1 y 2 del anexo II.



La Entidad Reclamada en el plazo establecido al efecto, desde la recepción del informe del IMLCF, deberá realizar una nueva oferta motivada, retomándose la tramitación conforme a los plazos y gestiones establecidos en los apartados 8.4.1 o 8.4.2.

### **8.4.2. Propuesta por la Entidad Reclamante**

Una vez finalizada la fase de valoración, la Entidad Reclamante también podrá iniciar la fase de Acuerdo de indemnización, comunicando a la Entidad Reclamada la cuantía de la indemnización que solicita en nombre del lesionado que representa.

Sobre dicha propuesta deberá pronunciarse la Entidad Reclamada, conforme al procedimiento, previsto en el apartado 8.4.1 relativo a la "Propuesta por la Entidad Reclamada".

### **8.5. PAGOS A CUENTA**

Se podrán realizar pagos a cuenta desde que se inicie la fase de valoración. Todos los pagos a cuenta se realizarán siempre por parte de la Entidad Reclamada.

La Entidad Reclamante sólo podrá proponer a la Entidad Reclamada la realización de pagos a cuenta que deberán ser ratificados por la Entidad Reclamada.

Cuando se realice el ofrecimiento de un pago a cuenta la Entidad Reclamante deberá contestar a la Entidad Reclamada en el plazo establecido al efecto, en caso de no contestar, el sistema reiterará la necesidad de contestación dando un nuevo plazo para contestar y así sucesivamente hasta que la Entidad Reclamante conteste informando sobre la aceptación o no, o bien, la Entidad Reclamada, comunique la anulación del ofrecimiento de Pago a cuenta.

Cuando la Respuesta Motivada, sea porque 'no se ha podido cuantificar el daño', la Entidad Reclamada podrá incluir en la misma, el ofrecimiento de una cantidad a cuenta, según modelos 3 y 4 de respuestas motivadas del anexo II,

Igualmente, si, previamente, a la Respuesta Motivada se hubieran realizado pagos a cuenta, éstos quedarán reflejados en el propio escrito.

Cuando se realice una Oferta Motivada, el importe de los pagos quedará reflejado en la misma, sin ser descontado del importe de la Oferta.

El importe de los pagos a cuenta será descontado en el momento de la liquidación de la indemnización.

### **8.6. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN AL LESIONADO**

Una vez que la Entidad Reclamada o la Entidad Reclamante hayan comunicado su conformidad con el importe de la indemnización propuesto, TIREA procederá a la gestión del pago de la indemnización al perjudicado, en nombre de la Entidad Reclamada. Asimismo, se contempla la posibilidad de informar de la realización el pago de la indemnización (total o parcial) en sede judicial cuando el siniestro se gestione en un proceso de esta naturaleza.

El medio de pago que utilizará será mediante transferencia bancaria a la cuenta facilitada por el lesionado, cuya titularidad habrá sido comprobada, previamente, por la Entidad Reclamante.

Una vez efectuado el pago, TIREA informará de la liquidación de la indemnización, a través del sistema de gestión de pagos establecido al efecto.



Tanto la Entidad Reclamante como la Entidad Reclamada, podrán obtener un documento justificativo del pago efectuado al lesionado.

### 8.7. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento de reclamación podrá finalizar por rechazo en la apertura del procedimiento o bien, una vez aceptado por parte de la Entidad Reclamada la apertura del procedimiento de reclamación, cualquiera de las entidades podrá finalizar la gestión por las diversas causas que se contemplan en el convenio.

### 8.8. REAPERTURAS DE PROCEDIMIENTO

Las entidades aseguradoras podrán solicitar la reapertura de un procedimiento de reclamación ya terminado.

Particularmente, y sólo a título de ejemplo, podrán reaperturarse los procedimientos, cuando:

- Se produzca una modificación de la responsabilidad.
- Exista un informe de IMLCF (Cuando no se hubiera informado previamente).
- Exista nueva documentación médica.

El procedimiento de reapertura se iniciará en la misma fase en la que se hubiese concluido el procedimiento, siendo obligatorio aportar nueva documentación que justifique tal solicitud.

### 8.9. LIQUIDACIÓN DE RECARGOS POR RETRASO

Cuando una de las entidades intervinientes en la gestión se vea obligada a abonar uno de los recargos por retraso regulados en el apartado 6.2 y anexo I de plazos y recargos, TIREA gestionará de manera automatizada, el abono de dicho recargo, del cual será perceptora la Entidad afectada por el retraso.

## 9. ANEXO I: PLAZOS Y RECARGOS

Gestión de comunicación	Artículo	Plazo Contestación	Tipo plazo	Recargo	Aviso	Importe Recargo
<b>Fase Apertura</b>						
Inicio procedimiento E.RTE	8.1.1			Sin Recargo		
Respuestas a la apertura del procedimiento	8.2	10 días		Sin Recargo		
Respuestas al rechazo de la apertura del procedimiento	8.2.2	7 días		Sin Recargo		
Inicio procedimiento E.RDA	8.1.2					



## CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES

Respuestas a la apertura del procedimiento	8.2	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €
<b>Fase Valoración</b>						
Valoración del Lesionado	8.3	10 días	Preceptivo	SI	5 días	60 €
Valoración del Lesionado - 'n' Reiteraciones	8.3	10 días	Preceptivo	SI	5 días	100 €
Rda Informa sobre el seguimiento médico	8.3.1	60 días	Preceptivo	SI	5 días	60 €
Rda Informa sobre el seguimiento médico - 'n' Reiteraciones	8.3.1	60 días	Preceptivo	SI	5 días	100 €
Rda. comunica queda a la espera documentación para realizar oferta.	8.3.2		Afecta a la Reclamante	Sin Recargo		
Rda. solicita más documentación - Realiza Oferta	8.3.3	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €
Rda. solicita más documentación - Realiza Oferta - 'n' Reiteraciones	8.3.3	15 días	Preceptivo	SI	10 días	100 €
Rda. informa sobre la verificación técnica del siniestro	8.3.4	60 días	Preceptivo	SI	5 días	60 €
Rda. Informa sobre la verificación técnica del siniestro - 'n' Reiteraciones	8.3.4	60 días	Preceptivo	SI	5 días	100 €
Rda. No valora por falta de responsabilidad	8.3.5	15 días		Sin Recargo		
<b>Gestión de comunicación</b>	<b>Artículo</b>	<b>Plazo Contestación</b>	<b>Tipo plazo</b>	<b>Recargo</b>	<b>Aviso</b>	<b>Importe Recargo</b>
<b>Fase Acuerdo Indemnización</b>						
Contestar a la oferta recibida de la Entidad Reclamada	8.4.1	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €





Contestar a la oferta recibida de la Entidad Reclamante	8.4.1	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €
Entidad Reclamante deberá informar si su asegurado acude al IMLCF	8.4.1	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €
Entidad Reclamada realiza oferta a partir del informe IMLCF	8.4.1	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €
Pagos a cuenta						
Contestar al ofrecimiento de pago a cuenta de la Entidad Reclamada	8.5	15 días	Preceptivo	SI	10 días	60 €
Contestar al ofrecimiento de pago a cuenta de la Entidad Reclamada - 'n' Reiteraciones	8.5	15 días	Preceptivo	SI	10 días	100 €

### 10. ANEXO II: MODELOS DE OFERTA Y RESPUESTA MOTIVADA

#### A. Ofertas Motivadas.

Modelo 1. Oferta de indemnización por lesiones con pago inmediato

Modelo 2. Oferta motivada de indemnización por lesiones

#### B. Respuestas Motivadas.

Modelo 3. Respuesta motivada por falta de cuantificación plena de los daños en lesiones, con pago a cuenta

Modelo 4. Respuesta motivada por falta de cuantificación plena de los daños en lesiones, con pago a cuenta

Modelo 5. Respuesta motivada por falta de cuantificación de los daños en lesiones, sin pago a cuenta

Modelo 6 Respuesta motivada por falta de determinación de la responsabilidad en lesiones

Modelo 7 Respuesta motivada de rehúse por lesiones



MODELO 1

MODELO DE OFERTA DE INDEMNIZACIÓN POR LESIONES CON PAGO INMEDIATO

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Oferta de indemnización por lesiones

Muy Sr./a nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), confirmamos la oferta de indemnización realizada, la cual se basa, en las cuantías indemnizatorias del Sistema de Valoración de dicha Ley, por los daños personales y perjuicios ocasionados a D/Dña ----- por importe de.....€, según se desglosa en el documento adjunto.

El pago del importe ofrecido, según lo dispuesto en el artículo 7.3 d) de la LRCSCVM, no se condiciona a la renuncia del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle.

Dicha oferta de indemnización aceptada se basa en la siguiente información, de la que se aporta copia (salvo en informes aportados por parte del lesionado):

- Informe médico definitivo .....
- Informe Forense.....
- Informes aportados por el lesionado.....
- Partes de asistencia ambulatoria/ hospitalaria .....
- Otros a indicar.....  
.....

(TIREA: Según proceda)

A. Le comunicamos que con esta misma fecha ..... se ha procedido a cursar orden de transferencia de la cantidad arriba indicada a la cuenta ( IBAN)..... de la que es titular D./ Dña.:.....  
.....  
.....

B. Para el cobro de la mencionada oferta de indemnización, deberá remitirnos los siguientes datos bancarios. **(Adjuntar copia del DNI y de documento acreditativo de la titularidad de la cuenta. Ejemplo un recibo de domiciliación bancaria). Solicito el ingreso de la cantidad ofrecida en la cuenta:**



## CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES

---

Beneficiario del pago: \_\_\_\_\_  
Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Número de  
cuenta: \_\_\_\_\_  
Código IBAN: \_\_\_\_\_

Si necesita más información, contacte con nosotros en el teléfono o a través del correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Y para que conste la aceptación de Don/ Doña.....  
Con DNI-----

DON/DOÑA, \_\_\_\_\_, con  
DNI\_\_\_\_\_ acepta la oferta de indemnización por la cantidad de <ImpAIndemnizar> euros,  
por los daños y perjuicios sufridos en el accidente de circulación ocurrido el día <Fecha siniestro>,  
conforme con la oferta motivada realizada por la entidad xxx.

Firma del Perceptor (En caso de aceptación de la oferta).

Fecha y firma



**ANEXO DE VALORACIÓN**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia del siniestro</li> <li>• Fecha del siniestro</li> <li>• Nombre y apellidos del lesionado</li> <li>• NIF</li> <li>• Edad del lesionado a la fecha del accidente</li> <li>• Edad del lesionado a la fecha de estabilización</li> </ul>
--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramitador de la entidad</li> <li>• Correo electrónico de contacto</li> <li>• Teléfono de contacto</li> </ul>
--

Se aplica concurrencia de culpa de la víctima en el accidente: NO  SI

Se aplica regla por secuelas intergravatorias NO  SI

Se aplica regla por secuelas agravatorias de estado previo NO  SI

**INDEMNIZACIONES POR LESIONES TEMPORALES**

	N.º de días/Intervenciones	€ Indemnización
<b>Perjuicio Personal Básico</b>		€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Personal Particular</b>		€ o NO APLICA
- Muy Grave		€ o NO APLICA
- Grave		€ o NO APLICA
- Moderado		€ o NO APLICA
- Intervención quirúrgica		€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Patrimonial</b>		€ o NO APLICA
Gastos de Asistencia Sanitaria (no convenios)		€ o NO APLICA
Gastos diversos resarcibles		€ o NO APLICA
Lucro Cesante		€ o NO APLICA
- Proveniente del trabajo personal		€ o NO APLICA
- Dedicación exclusiva a Tareas del hogar		€ o NO APLICA
<b>Total Indemnización por lesiones temporales</b>	<b>€</b>	



### INDEMNIZACIONES POR SECUELAS

<b>Perjuicio Personal Básico</b>	€
Perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial (* ) aplicadas, en su caso, las reglas de secuelas concurrentes, intergravatorias y agravatorias de estado previo	€ o NO APLICA
Perjuicio estético de las secuelas	€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Personal Particular</b>	€
Daños morales complementarios por perjuicios psico físico	€ o NO APLICA
Daños morales complementarios por perjuicio estético	€ o NO APLICA
Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados	€ o NO APLICA
Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida	-
Leve	€ o NO APLICA
Moderado	€ o NO APLICA
Grave	€ o NO APLICA
Muy Grave	€ o NO APLICA
Perdida de feto a consecuencia del accidente	€ o NO APLICA
Perjuicio excepcional	€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Patrimonial</b>	€
Prótesis y órtesis	€ o NO APLICA
Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria	€ o NO APLICA
Ayudas técnicas	€ o NO APLICA
Adecuación de vivienda	€ o NO APLICA
Incremento de costes de movilidad	€ o NO APLICA
Ayuda de tercera persona	€ o NO APLICA
Lucro cesante por incapacidad permanente	-
- Proveniente del trabajo personal	€ o NO APLICA
Dedicación exclusiva a Tareas del hogar	€ o NO APLICA
Dedicación parcial a Tareas del hogar	€ o NO APLICA
Menores de 30 años pendiente de acceder al mercado laboral	€ o NO APLICA
<b>Total Indemnización por secuelas</b>	€



Detalle de las secuelas:

**Secuelas Psicofísicas, sensoriales u orgánicas**

<b>Código</b>	<b>Descripción de la secuela</b>	<b>Puntuación</b>
<b>TOTAL</b> (*) aplicadas, en su caso, las reglas de secuelas concurrentes, inter agravatorias y agravatorias de estado previo		

**Secuelas Estéticas**

<b>Código</b>	<b>Descripción de la secuela</b>	<b>Puntuación</b>

**Secuelas. Determinación de la necesidad de ayuda de tercera persona**

<b>Código</b>	<b>Descripción de la secuela</b>	<b>Horas</b>
<b>TOTAL</b> (*) aplicadas, en su caso, las reglas de secuelas concurrentes, y agravatorias de estado previo		

**ENSERES PERSONALES**

<b>Descripción</b>	<b>Importe</b>



<b>ACLARACIONES A LA OFERTA</b>

<b>INDEMNIZACIÓN TOTAL</b>		
	<b>%</b>	<b>€</b>
Concurrencia culpa de la víctima en el accidente		
Total indemnización		<b>€</b>



MODELO 2

MODELO DE OFERTA MOTIVADA DE INDEMNIZACIÓN POR LESIONES

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Oferta motivada de indemnización por lesiones

Muy Sr./a nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), efectuamos la siguiente oferta motivada de indemnización, la cual se basa, en las cuantías indemnizatorias del Sistema de Valoración de dicha Ley, por los daños personales y perjuicios ocasionados a D/Dña -----  
 -----por importe de.....€, según se desglosa en el documento adjunto (Anexo I).

Dicha oferta de indemnización se basa en la siguiente información, de la que se aporta copia (salvo en informes aportados por parte del lesionado):

- Informe médico definitivo** .....
- Informe Forense**.....
- Informes aportados por el lesionado**.....
- Partes de asistencia ambulatoria/ hospitalaria** .....
- Otros a indicar**.....  
 .....

(TIREA: Según proceda)

No obstante, el importe pendiente de indemnizar, una vez descontados los pagos a cuenta recibidos hasta la fecha, es de 0,00 (CERO EUROS)

El pago del importe ofrecido, según lo dispuesto en el artículo 7.3 d) de la LRCSCVM, no se condiciona a la renuncia del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle.

En caso de conformidad con la oferta, para el cobro de la indemnización, deberá enviarnos el documento adjunto como Anexo II debidamente firmado, cumplimentando los campos que aparecen en blanco, al correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.





## CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES

---

En caso de disconformidad, le rogamos se ponga en contacto con el tramitador, cuyos datos figuran en el encabezamiento, con la finalidad de facilitar mayor documentación que avale su reclamación, según lo establecido en el artículo 7.5 de la LRCSCVM.

En el supuesto de no estar conforme con el ofrecimiento de indemnización realizado por esta Entidad, Ud. puede acudir a los procedimientos indicados en el artículo 7.8. de la LRCSCVM.

En caso de que acepte esta oferta de indemnización, para poder realizar el pago de la cantidad ofrecida, deberá enviarnos el documento adjunto como Anexo III, debidamente firmado, cumplimentando los campos que aparecen en blanco, al correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Fecha y Firma



**ANEXO I DE VALORACIÓN Y JUSTIFICANTE DE LA INDEMNIZACIÓN**

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Se aplica concurrencia de culpa de la víctima en el accidente: NO  SI

Se aplica regla por secuelas intergravatorias NO  SI

Se aplica regla por secuelas agravatorias de estado previo NO  SI

**INDEMNIZACIONES POR LESIONES TEMPORALES**

	N.º de días/Intervenciones	€ Indemnización
<b>Perjuicio Personal Básico</b>		€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Personal Particular</b>		€ o NO APLICA
- Muy Grave		€ o NO APLICA
- Grave		€ o NO APLICA
- Moderado		€ o NO APLICA
- Intervención quirúrgica		€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Patrimonial</b>		€ o NO APLICA
Gastos de Asistencia Sanitaria (no convenios)		€ o NO APLICA
Gastos diversos resarcibles		€ o NO APLICA
Lucro Cesante		€ o NO APLICA
- Proveniente del trabajo personal		€ o NO APLICA
- Dedicación exclusiva a Tareas del hogar		€ o NO APLICA
<b>Total Indemnización por lesiones temporales</b>	€	

**INDEMNIZACIONES POR SECUELAS**

<b>Perjuicio Personal Básico</b>	€
Perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial (*) aplicadas, en su caso, las reglas de secuelas concurrentes, inter agravatorias y agravatorias de estado previo	€ o NO APLICA



Perjuicio estético de las secuelas	€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Personal Particular</b>	€
Daños morales complementarios por perjuicios psico físico	€ o NO APLICA
Daños morales complementarios por perjuicio estético	€ o NO APLICA
Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados	€ o NO APLICA
Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida	-
Leve	€ o NO APLICA
Moderado	€ o NO APLICA
Grave	€ o NO APLICA
Muy Grave	€ o NO APLICA
Perdida de feto a consecuencia del accidente	€ o NO APLICA
Perjuicio excepcional	€ o NO APLICA
<b>Perjuicio Patrimonial</b>	€
Prótesis y órtesis	€ o NO APLICA
Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria	€ o NO APLICA
Ayudas técnicas	€ o NO APLICA
Adecuación de vivienda	€ o NO APLICA
Incremento de costes de movilidad	€ o NO APLICA
Ayuda de tercera persona	€ o NO APLICA
Lucro cesante por incapacidad permanente	-
- Proveniente del trabajo personal	€ o NO APLICA
- Dedicación exclusiva a Tareas del hogar	€ o NO APLICA
- Dedicación parcial a Tareas del hogar	€ o NO APLICA
- Menores de 30 años pendiente de acceder al mercado laboral	€ o NO APLICA
<b>Total Indemnización por secuelas</b>	€



Detalle de las secuelas:

### Secuelas Psicofísicas, sensoriales u orgánicas

Código	Descripción de la secuela	Puntuación
<b>TOTAL</b> (*) aplicadas, en su caso, las reglas de secuelas concurrentes, inter agravatorias y agravatorias de estado previo		

### Secuelas Estéticas

Código	Descripción de la secuela	Puntuación

### Secuelas. Determinación de la necesidad de ayuda de tercera persona

Código	Descripción de la secuela	Horas
<b>TOTAL</b> (*) aplicadas, en su caso, las reglas de secuelas concurrentes, inter agravatorias y agravatorias de estado previo		

<b>ENSERES PERSONALES</b>	
Descripción	Importe

<b>ACLARACIONES A LA OFERTA</b>

<b>INDEMNIZACIÓN TOTAL</b>		
	%	€
Concurrencia culpa de la víctima en el accidente		
Total Indemnización		€



**ANEXO II – ACEPTACIÓN DE LA OFERTA Y DATOS PARA EL PAGO**

**A. ACEPTACIÓN DE LA OFERTA INDEMNIZATORIA.**

DON/DOÑA, \_\_\_\_\_, con  
DNI \_\_\_\_\_ acepta la oferta de indemnización por la cantidad de <ImpAIndemnizar>  
euros, por los daños y perjuicios sufridos en el accidente de circulación ocurrido el día  
<Fecha siniestro>, conforme con la oferta motivada realizada por la entidad xxx.

Firma del Perceptor (En caso de aceptación de la oferta).

**B. DATOS BANCARIOS.**

(Adjuntar copia del DNI y de documento acreditativo de la titularidad de la cuenta.  
Ejemplo un recibo de domiciliación bancaria)

Solicito el ingreso de la cantidad ofrecida en la cuenta:

Beneficiario del pago: \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Código IBAN:

Firma del Perceptor



**ANEXO III – RECHAZO DE LA OFERTA INDEMNIZATORIA.**

**A. DISCONFORMIDAD CON LA OFERTA MOTIVADA.**

DON/DOÑA, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ rechaza la oferta de indemnización por la cantidad de <ImpAIndemnizar> euros, por los daños y perjuicios sufridos en el accidente de circulación ocurrido el día <Fecha siniestro>, conforme con la oferta motivada realizada por la entidad xxx .

El pago del importe ofrecido, según lo dispuesto en el artículo 7.3 d) de la LRCSCVM, no se condiciona a la renuncia del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle.

A los efectos del pago de la cantidad ofrecida, aun no siendo aceptada, les adjunto mis datos bancarios para su ingreso en cuenta.

Firma (En caso de disconformidad).

**B. DATOS BANCARIOS.**

Beneficiario del pago: \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Código IBAN:

--	--	--	--	--	--

(Adjuntar copia del DNI y de documento acreditativo de la titularidad de la cuenta. Ejemplo un recibo de domiciliación bancaria)



MODELO 3

**RESPUESTA MOTIVADA POR FALTA DE CUANTIFICACIÓN PLENA DE LOS DAÑOS EN LESIONES**

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Respuesta motivada por falta de cuantificación plena de los daños en lesiones, con pago a cuenta

Muy Sr./a nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), **le comunicamos que a la fecha actual no se puede realizar una oferta de indemnización definitiva dado que no se ha podido cuantificar plenamente el daño.**

Información adicional.....

[TIREA: Según proceda]

A. Sin perjuicio de la cantidad que finalmente se oferte, le ofrecemos un PAGO A CUENTA de <<Euros>>, por los daños personales sufridos en el accidente.

Para el cobro del mismo, deberá enviar el documento adjunto como Anexo, cumplimentando los campos que aparecen en blanco, y envíelo al correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

B. Sin perjuicio de la cantidad que finalmente se oferte, le informamos que hemos procedido a consignar, <<Euros>>, en \_\_\_\_\_, por los daños personales sufridos en el accidente.

Información adicional.....

El pago del importe ofrecido, según lo dispuesto en el artículo 7.3 d) de la LRCSCVM, no se condiciona a la renuncia del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle.

En caso de no haberla enviado, le rogamos nos remita cuanta información médica asistencial o pericial, o de cualquier otro tipo tenga en su poder que permita la cuantificación del daño.

Le manifestamos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LRCSCVM, nuestro compromiso de presentarle oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado la totalidad de los daños y hasta ese momento, informar motivadamente de la



## CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES

---

situación del siniestro cada dos meses desde el envío de ésta. Asimismo, también le informamos que dicha respuesta motivada no requiere aceptación o rechazo expreso por su parte, ni afecta al ejercicio de cualesquiera acciones que puedan corresponderle para hacer valer sus derechos.

Si necesita más información, contacte con nosotros en el teléfono o a través de correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Fecha y firma





**ANEXO -DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO A CUENTA:**

(Adjuntar copia del DNI y de documento acreditativo de la titularidad de la cuenta.  
Ejemplo un recibo de domiciliación bancaria)

Solicito el ingreso de la cantidad ofrecida en la cuenta:

Beneficiario del pago: \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Código IBAN:

--	--	--	--	--	--

Firma del Perceptor



MODELO 4

RESPUESTA MOTIVADA POR FALTA DE CUANTIFICACIÓN PLENA DE LOS DAÑOS EN LESIONES

- CON PAGO A CUENTA – RECORDATORIO CADA 2 MESES

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Respuesta motivada por falta de cuantificación plena de los daños en lesiones, con pago a cuenta

Muy Sr./a nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), **le comunicamos que a la fecha actual seguimos sin poder realizar una oferta de indemnización definitiva dado que no se ha podido cuantificar plenamente el daño.**

Información adicional.....

[TIREA Según proceda. Opcional según se realice un nuevo pago a cuenta o no.]

A. Sin perjuicio de la cantidad que finalmente se oferte, le ofrecemos un nuevo PAGO A CUENTA de <<Euros>>, por los daños personales sufridos en el accidente.

Para el cobro del mismo, deberá enviar el documento adjunto como Anexo, cumplimentando los campos que aparecen en blanco, y envíelo al correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

B. Sin perjuicio de la cantidad que finalmente se oferte, le informamos que hemos procedido a consignar, <<Euros>>, en \_\_\_\_\_, como ampliación de la consignación inicial, por los daños personales sufridos en el accidente.

Hasta la fecha los pagos a cuenta acumulados ascienden a la cantidad de .....€

Información adicional.....

El pago del importe ofrecido, según lo dispuesto en el artículo 7.3 d) de la LRCSCVM, no se condiciona a la renuncia del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle.

En caso de no haberla enviado, le rogamos nos remita cuanta información médica asistencial o pericial, o de cualquier otro tipo tenga en su poder que permita la cuantificación del daño.

Le manifestamos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LRCSCVM, nuestro compromiso de presentarle oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado la totalidad de los daños y hasta ese momento, informar motivadamente de la situación del siniestro



## CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES

---

cada dos meses desde el envío de ésta. Asimismo, también le informamos que dicha respuesta motivada no requiere aceptación o rechazo expreso por su parte, ni afecta al ejercicio de cualesquiera acciones que puedan corresponderle para hacer valer sus derechos.

Si necesita más información, contacte con nosotros en el teléfono o a través del correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Fecha y firma

### ANEXO -DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO A CUENTA:

Adjuntar copia del DNI y de documento acreditativo de la titularidad de la cuenta. Ejemplo un recibo de domiciliación bancaria)

Solicito el ingreso de la cantidad ofrecida en la cuenta:

Beneficiario del pago: \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Código IBAN:

--	--	--	--	--	--

Firma del Perceptor



MODELO 5

**RESPUESTA MOTIVADA POR FALTA DE CUANTIFICACIÓN DE LOS DAÑOS EN LESIONES**

**- SIN PAGO A CUENTA-**

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Respuesta motivada por falta de cuantificación de los daños en lesiones, sin pago a cuenta

Muy Sr./a nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), con motivo del accidente de circulación cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, **le comunicamos que a la fecha actual no se puede realizar una oferta de indemnización porque no se ha podido cuantificar el daño.**

A especificar causa.....

No obstante, rogamos nos remita cuanta información médica asistencial o pericial, o de cualquier otro tipo tenga en su poder que permita la cuantificación del daño.

Le manifestamos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LRCSCVM, nuestro compromiso de presentarle oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado la totalidad de los daños y hasta ese momento, informar motivadamente de la situación del siniestro cada dos meses desde el envío de ésta. Asimismo, también le informamos que dicha respuesta motivada no requiere aceptación o rechazo expreso por su parte, ni afecta al ejercicio de cualesquiera acciones que puedan corresponderle para hacer valer sus derechos.

Si necesita más información, contacte con nosotros en el teléfono o a través del correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Fecha y firma



MODELO 6

**RESPUESTA MOTIVADA POR FALTA DE DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD EN LESIONES**

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Respuesta motivada por falta de determinación de la responsabilidad en lesiones

Muy Sr./a nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), con motivo del accidente de circulación cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, **le comunicamos que a la fecha actual no se puede realizar una oferta de indemnización porque no se ha podido determinar la responsabilidad de nuestro vehículo asegurado.**

A especificar causa.....

No obstante, rogamos nos remita cuanta información médica asistencial o pericial, o de cualquier otro tipo tenga en su poder que permita la cuantificación del daño o la determinación de la responsabilidad de nuestro vehículo asegurado.

Le manifestamos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LRCSCVM, nuestro compromiso de presentarle oferta motivada de indemnización tan pronto como se haya determinado la responsabilidad de nuestro vehículo asegurado y hasta ese momento, informar motivadamente de la situación del siniestro cada dos meses desde el envío de ésta. Asimismo, también le informamos que dicha respuesta motivada no requiere aceptación o rechazo expreso por su parte, ni afecta al ejercicio de cualesquiera acciones que puedan corresponderle para hacer valer sus derechos.

Si necesita más información, contacte con nosotros en el teléfono o a través del correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Fecha y firma



MODELO 7

RESPUESTA MOTIVADA DE REHUSE POR LESIONES

- Referencia del siniestro
- Fecha del siniestro
- Nombre y apellidos del lesionado
- NIF/Documentación identificativa
- Edad del lesionado a la fecha del accidente (no obligatorio)
- Edad del lesionado a la fecha de estabilización (no obligatorio)

- Tramitador de la entidad
- Correo electrónico de contacto
- Teléfono de contacto

Asunto: Respuesta motivada de rehúse por lesiones

Muy Sr/a. nuestro/a:

En relación con el accidente de circulación, cuyos datos quedan reflejados en el encabezamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Texto refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante LRCSCVM), le comunicamos que una vez examinada la documentación que disponemos sobre el accidente, no podemos hacernos cargo de los daños y perjuicios reclamados, dado que:

- Esta entidad no es la aseguradora del vehículo.....
- El vehículo asegurado por esta entidad no ha sufrido el accidente.....
- El vehículo asegurado por esta entidad no es responsable del accidente.....
- Por falta de nexo causal según art. 135 de la LRCSCVM.....
- Otra causa a especificar:

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

Dicha decisión de rehusar su reclamación se basa en la siguiente documentación, la cual se adjunta (en caso necesario):

A especificar .....

En el caso de que recibiésemos informaciones posteriores que condujeran a una posible modificación sobre la decisión adoptada, le realizaremos una nueva comunicación.

Le manifestamos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LRCSCVM, que dicha respuesta motivada no requiere aceptación o rechazo expreso por su parte, ni afecta al ejercicio de cualesquiera acciones que puedan corresponderle para hacer valer sus derechos.

En caso de no estar conforme con la respuesta motivada realizada por esta Entidad, Ud. puede acudir a los procedimientos indicados en el artículo 7.8. de la LRCSCVM.

Si necesita más información, contacte con nosotros en el teléfono o a través del correo electrónico del tramitador que figura en el encabezamiento.

Fecha y firma



### 12. ANEXO III: MODELO DE AUTORIZACIÓN

---

#### MODELO DE AUTORIZACIÓN

[En lo que respecta al tratamiento de datos, la presente autorización se ha redactado teniendo en cuenta la normativa de protección de datos que en la fecha del informe resulta de aplicación, así como las futuras previsiones del Reglamento Europeo de Protección de Datos]

El/los abajo firmantes, consienten y autorizan expresamente a [ENTIDAD ASEGURADORA] con CIF..... y domicilio social en ..... a actuar en su nombre en el marco de la gestión del siniestro, a través del Sistema de Siniestros de Daño Personales identificado como SDP, en el que el firmante ha sido parte en la condición que señala abajo, así como llevar a cabo cuantas actuaciones y acciones resulten necesarias frente a otras compañías aseguradoras afectadas o involucradas en la gestión del siniestro, terceras entidades u organismos competentes tendentes a la resolución final de la gestión del siniestro.

Por la presente [ENTIDAD ASEGURADORA] con CIF..... y domicilio social en ..... informa que mediante la firma del presente documento y de conformidad con lo establecido en la vigente normativa de protección de datos personales, el / los firmantes consienten expresamente que los datos personales que voluntariamente facilita a través de la presente autorización, y, en su caso, los datos de salud a los que [ENTIDAD ASEGURADORA] tenga acceso en el contexto de la gestión del correspondiente siniestro, sean tratados por [ENTIDAD ASEGURADORA] con las siguientes finalidades:

- Identificarle.
- Llevar a cabo cuantas gestiones y acciones resulten necesarias para la gestión a través de SDP del siniestro del que es parte.
- Comunicar, a través de SDP, sus datos personales, incluidos los datos de salud, a otras entidades aseguradoras afectadas o involucradas en la gestión del siniestro.
- Disponer y comunicar a otras entidades aseguradoras afectadas o involucradas en la gestión del siniestro toda la información y documentación que se genere y que resulte necesaria para la gestión del siniestro, por ejemplo, a título enunciativo y no limitativo, los informes periciales pertinentes.

La base legal para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que nos facilita con ocasión del siniestro y el cumplimiento de las obligaciones legales que le corresponden a [ENTIDAD ASEGURADORA] en materia de gestión de siniestros.

En el caso de menores de edad, el firmante declara ser el padre/madre, tutor/a o representante legal del menor o contar con la correspondiente autorización. En cualquier caso, [ENTIDAD ASEGURADORA] adoptará las medidas oportunas al respecto en lo que respecta al deber de información de acuerdo con lo previsto en la normativa de protección de datos.

Los datos proporcionados serán conservados por el tiempo que resulte necesario a efectos de garantizar el cumplimiento de la resolución del siniestro y de las correspondientes obligaciones legales.

Los datos del Delegado de Protección de Datos de la [ENTIDAD ASEGURADORA] son los siguientes.....



## CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES

---

El/los firmantes podrán ejercer, en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como cualesquiera otros derechos que les pueda corresponder, como el derecho a solicitar la limitación del tratamiento de sus datos personales, el derecho a la portabilidad y el derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control, mediante escrito dirigido a [ENTIDAD ASEGURADORA] a la dirección arriba indicada o a .....@xxxxxx.com. El/ los firmantes podrán revocar en cualquier momento la autorización concedida para el tratamiento y la cesión de los datos personales

El/los abajo firmantes declaran haber leído el presente documento y autorizan expresamente la representación y el tratamiento de datos señalado.

C. :.....

DNI: .....

Domicilio: .....

Teléfono: .....

(\*) Firma.....

(\*) Tantas firmas como autorizaciones existentes





13. ANEXO IV: BOLETÍN DE ADHESIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA AL  
CONVENIO DE GESTIÓN DE SINIESTROS DE DAÑOS PERSONALES (SDP)

---

Responsable de la entidad/es que **formulan la adhesión**:

\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Señale, el **Códigos DGS y nombre de la Entidad o Entidades** por las que responde el siguiente formulario:

Código: \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

La persona arriba indicada, con poder de representación de la entidad o entidades cuyos códigos DGS son los recogidos en este documento, **manifiesta la adhesión de la misma al Convenio señalado.**

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_

Firma y sello (cuando menos de una entidad)