



Excmo. Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Cádiz

El que suscribe DON/DOÑA _____
de profesión _____ nacido el _____ en _____
domicilio en _____ calle _____
núm. _____ colegiado núm. _____ y NIF num. _____

Por la presente _____ doy mi adhesión a Caja de Auxilio por Defunción y Seguro de Responsabilidad Civil contraídos por el Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz a quien autorizo para que en mi nombre realice cuantas diligencias sean necesarias incluyendo el pago de las primas por mi cuenta y riesgo.

Designo como BENEFICIARIOS a los efectos de la Caja de Auxilio por Defunción:

1º _____

EN SU DEFECTO

2º _____

EN SU DEFECTO

3º _____

y en su defecto por el siguiente orden de prelación: 1º.- Mi Cónyuge; 2º.- Mis descendientes legítimos; 3º.- Mis Ascendientes legítimos; 4º.- Mis herederos legales.

Esta designación tiene el carácter de donación entre vivos y, una vez producido el fallecimiento, será irrevocable incluso por disposición testamentaria.

Hecho en _____, a _____ de _____ de 2.019

FIRMA:

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O. 15/1999) le informamos que los datos que nos proporciona a través de esta solicitud y los formularios de alta en los seguros, pasarán a formar parte de ficheros titularidad del Excmo. colegio Oficial de Médicos de Cádiz, cuya finalidad exclusiva es el cumplimiento de los fines colegiales descritos en las leyes, estatal y autonómica, de Colegios Profesionales y especialmente en los Estatutos de la Corporación, entre otros, ostentar la representación de la profesión y de los colegiados en toda clase de procesos y procedimientos que afecten a los intereses profesionales de cualquier colegiado; velar por los derechos de los particulares; ejercer la potestad sancionadora y la gestión de los intereses privados de sus miembros.

Para satisfacer esta finalidad, solicitamos su consentimiento.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada L.O. 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de NIF, dirigido a Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, C/ CERVANTES 12, 11003, Cádiz, o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

.....
(Nombre y apellidos)

DECLARO

Que he sido advertido en el día de la fecha en el Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz, de la obligatoriedad que establecen el art. 27 c) de la Ley 10/2003, de Colegios Profesionales de Andalucía y la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias en su artículo 46 a todos los Médicos para su ejercicio profesional, **el contratar un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional** que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causados con ocasión de la prestación de la asistencia sanitaria.

Me adhiero al Seguro Colectivo de Responsabilidad Civil Profesional del Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz y **me comprometo en el caso de causar baja del mismo, a presentar copia de la nueva Póliza de Responsabilidad Civil anualmente**, habiendo sido advertido que de no hacerlo el Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz podría darme de baja como Colegiado.

Cádiz, a.....de.....200...

Firmado

RESPUESTA A EFECTOS DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD

CIVIL

BLOQUE:

PRIVADO

- (No pertenece S.A.S.)
- (No pertenece Defensa)
- (No pertenece 061)

PUBLICO

- (Trabajo solo S.A.S.)
- (Trabajo solo Defensa)
- (Trabajo solo 061)

MIXTO

- (S.A.S. y Privado)
- (Defensa y Privado)
- (061 y Privado)

GRUPO 1

- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

GRUPO 2

- Anestesiología y Reanimación
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Estética
- Neurocirugía
- Oftalmología (con Lasik)

GRUPO 3 (QUIRURGICAS)

- Angiología y Cirugía Vasculat
- Cirugía Cardiovascular
- C. General y Aparato Digestivo
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Torácica
- Ginecología y Obstetricia (sin partos ni embarazos)
- Medicina Intensiva
- Radiología Intervencionista
- Oftalmología (sin Lasik)
- Otorrinolaringología
- C. Ortopédica y Traumatología
- Urología

GRUPO 4 (CON TÉCNICAS INVASIVAS)

- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Dermatología y Venereología
- Nefrología
- Neumología

GRUPO 5

- Alergología
- Aparato Digestivo (Sin Técnicas Invasivas)
- Cardiología (Sin Técnicas Invasivas)
- Dermatología y Venereología (Sin Técnicas Invasivas)
- Embriología
- Endocrinología y nutrición
- Genética
- Hematología y Hemoterapia
- Inmunología
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Medicina de Urgencias
- Nefrología (Sin Técnicas Invasivas)
- Neumología (Sin Técnicas Invasivas)

- Neurología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Pediatría
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Reumatología

GRUPO 6

- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Bioquímica Clínica
- Estomatología
- Farmacología Clínica
- Geriatria
- Hidrología Médica
- M. Educación Física y Deporte
- Medicina Familiar/Comunitaria
- Medicina General
- Medicina Legal/Forense
- Med.Preventiva y Salud Pública
- Medicina del Trabajo
- Microbiología y Parasitología
- Neurofisiología Clínica
- M.Física y Rehabilitación
- M.I.R.
- Valoración Daño Corporal

La prima de la póliza es anual (01/01 a 31/12), aunque el pago se hará en doce recibos mensuales. El fraccionamiento del pago de la prima no libera al colegiado de la obligación de abonar la totalidad de la prima. El efecto de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional es a partir del alta en esta póliza, nunca con efecto retroactivo.

Cádiz, ___ de _____ de 2.01__

Nombre y apellidos _____

Col. _____

Firma

AMA VIDA

Muy Sr nuestro:

Siendo requisito imprescindible para la contratación de un Seguro Colectivo de Vida, de acuerdo con lo estipulado en el Art. 50.3 del Reglamento de Ordenación del Seguro Privado, la cumplimentación y firma del Boletín de Adhesión por el Tomador del Seguro y el Asegurado, a continuación le remitimos el correspondiente Boletín a fin de que nos lo envíen debidamente cumplimentado

BOLETIN DE ADHESION

SEGURO COLECTIVO - POLIZA

=====

TOMADOR DEL SEGURO:

ALTA

BAJA

MODIFICACION

N. Certificado	<input type="text"/>		
Nombre Asegurado	<input type="text"/>		
N. Colegiado	<input type="text"/>	D.N.I	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Lugar Nacimiento	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento	<input type="text"/>
Nombre y Apellidos Beneficiario (1)			
<input type="text"/>			
Parentesco Beneficiario	<input type="text"/>		

DECLARACION ESTADO DE SALUD

Declaro que en el momento de suscribir el Seguro, no padezco enfermedad ni defecto o disminución física algunos (2).

El Tomador del Seguro
(Firma)

El Asegurado
(Firma)

(1) En caso de no existir designación expresa de Beneficiarios, la Compañía abonará el Capital Garantizado en función del siguiente orden de prelación, en forma excluyente:

1.- Al cónyuge del Asegurado
3.- A sus ascendientes

2.- A sus descendientes
4.- A falta de ellos a sus herederos legales

(2) En caso contrario deberá enviarnos información al respecto

**BOLETIN DE ADHESION SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CÁDIZ PÓLIZA Nº 530001272-AÑO 2019**

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos		Nombre		N.I.F.
Domicilio de notificación				Teléfono Profesional
Localidad	C. Postal	Provincia		Teléfono Móvil
e-mail				
Año Fin Carrera	Ejerce desde	Colegiado en		Nº
¿Tiene seguros de R.C. Profesional con otra Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañía: _____				
¿Ha tenido siniestros anteriores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año _____				
Área actividad profesional Especialidad/es: _____			Obstetricia y Ginecología: ¿Atiende partos y/o seguimiento embarazos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
M.I.R. en la actualidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Curso _____			Oftalmología: ¿Realiza Cirugía Refractiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Privada	Centro de Trabajo _____		Realiza Técnicas Invasivas (1)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Mixta (principalmente Pública)	Centro de Trabajo _____			
<input type="checkbox"/> Pública	Centro de Trabajo _____			

CAPITAL INICIAL A CONTRATAR

PRIVADA	MIXTA	PUBLICA
<input type="checkbox"/> 601.013 €	<input type="checkbox"/> Pub. 601.013 € en exceso 1.500.000 € Prlv. 601.013 €	<input type="checkbox"/> Pub. 601.013 € en exceso 1.500.000 €
	<input type="checkbox"/> Pub. 601.013 € en exceso 480.000 € Priv. 601.013 €	<input type="checkbox"/> Pub. 601.013 € en exceso 480.000 €
	MIXTA SIN FRANQUICIA (EXCLUSIVO SAS)	PUBLICA SIN FRANQUICIA (EXCLUSIVO SAS)
	<input type="checkbox"/> Pub. 1.200.000 € sin franquicia Prlv. 601.013 €	<input type="checkbox"/> Pub. 1.200.000 € sin franquicia

2) COBERTURA TOTAL: Se entenderá el desarrollo de la actividad sanitaria asegurada, tanto en el ámbito público como privado.

GARANTIAS OPTATIVAS

Devolución de Honorarios 3.000 € 6.000 € 9.000 € 12.000 €

FECHA ADHESION A PÓLIZA: _____

(1) Técnicas Invasivas:

APARATO DIGESTIVO: Endoscopias; Laparoscopias; Biopsias

CARDIOLOGÍA: Ecocardiografías transefágica o con estrés farmacológico; Pruebas de esfuerzo convencional o con isótopos; Estudio isotópico con estrés farmacológico; Prueba de mesa basculante; Estudio electrofisiológico cardiaco; Ablación endocárdica por cateter; Implantaciones de marcapasos cardiaco; transitorio o permanente; Cardioversión eléctrica; Implantación de desfibrilador automático; Cateterismo cardiaco diagnóstico; Cateterismos terapéuticos coronario o valvular.

NEFROLOGÍA: Biopsias; Colocación de catéteres peritoneales; Diálisis.

NEUMOLOGÍA: Fibrobronoscopias; Bronoscopias terapéutica o rígida; Técnicas pleurales (Toracocentesis, Pleurodesis y fibrinolisis pleural, Biopsia pleural, Toracoscopia, colocación de drenajes); Punción-aspiración transparietal con aguja fina (PAAF); Punción-aspiración transtraqueal (PTT).

DERMATOLOGÍA: Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía.

(2) Para especialidades de los Grupos 3, 4 y 5, y Oftalmología con cirugía refractiva y Neurocirugía (Grupo 2)

RESUMEN DE GARANTIAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACION

GARANTÍAS BÁSICAS	LÍMITES ASEGURADOS Y FRANQUICIAS
1.- Responsabilidad Civil Profesional	100% Capital asegurado por siniestro Doble capital por año de seguro y Asegurado
2.- Responsabilidad Civil de Explotación y Locativa	100% capital asegurado por siniestro y año. Daños por agua: 5% capital asegurado. R.C. Locativa: Si actúa como arrendatario: 10 % del capital asegurado. Daños a expedientes: 300.-€/expediente, 10% capital asegurado por siniestro
3.- Responsabilidad Civil Patronal	100% capital asegurado por siniestro y año 20% capital asegurado por víctima
4.- Subsidio por Inhabilitación Temporal Profesional Abono cuota colegial	4.000 €/mes. Máximo 24 meses (media salarial últimos 12 meses) 500 €/año. Máximo dos años.
5.- Defensa Penal y Civil	Incluida. Libre elección abogado en vía Penal: 30.051€ por siniestro
6.- Protección de Datos	60.000.-€/siniestro y año. Franquicia por siniestro: 3.000.-€
7.- Protección Vidal Digital	Incluida
8.- Asistencia Psicológica	Incluida
ANEXO.- Subsidio por suspensión de empleo y sueldo (Exclusivamente para Pública y Mixta sin franquicia)	4.000 € (salario neto último mes). Máximo 30 días.
GARANTIA OPTATIVA	
9.- Devolución de Honorarios	Según opción elegida por el Asegurado

En _____ a las _____ horas, del _____ de _____ de _____

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz

Asegurado:

Nº Póliza: 530001229

SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALTomador: **COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE CADIZ.**Nº Póliza: **530001272**

Período Cobertura: 1-1-2019 a 31-12-2019

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLES	AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA (en adelante A.M.A.). Domicilio social: Vía de los Poblados, nº 3, Parque Empresarial Cristalia, Edificio 4, 28033 Madrid. Contacto Oficina de Protección de Datos: protecciondedatos@amaseguros.com.
FINALIDADES PRINCIPALES	A.M.A. tratará sus datos personales con las siguientes finalidades principales: - Alta del asegurado y gestión de la relación contractual entre A.M.A. y el tomador de la póliza colectiva. A efectos de cumplir el contrato entre A.M.A. y el tomador. - Gestión y tramitación de los siniestros que el asegurado pueda sufrir o causar. A efectos de cumplir el contrato entre A.M.A. y el tomador. - Tratamiento de datos de asegurados y beneficiarios comunicados por parte del asegurado. A efectos de cumplir el contrato entre A.M.A. y el tomador de la póliza. - Realización de peritaciones médicas y tratamiento de datos de salud. A efectos de cumplir el contrato entre A.M.A. y el tomador y las obligaciones legales impuestas a A.M.A. (Ley Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras). - Comunicación de los datos del asegurado a entidades reaseguradoras y coaseguradoras. En satisfacción de intereses legítimos de A.M.A. - Ofrecimiento de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A Grupo. Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado. - Finalidades restantes: apartado II de la información adicional.
DESTINATARIOS	A.M.A. comunicará sus datos personales a las siguientes entidades y organismos: - Organismos públicos, tales como autoridades judiciales, tributarias y del sector asegurador (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). - Entidades reaseguradoras o coaseguradoras. - En su caso, peritos médicos. - Además, A.M.A. cuenta con determinados prestadores de servicio que podrían acceder a los datos del asegurado en prestación del servicio a A.M.A. Más información: apartado III de la información adicional.
PROCEDENCIA	A.M.A. tratará los datos facilitados por el asegurado en la presupuestación del seguro correspondiente. En su caso, A.M.A. podría haber recibido la información personal del asegurado de la correduría de seguros. Para la gestión de siniestros, podremos recibir información de profesionales sanitarios, centros médicos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado... Más información: apartado IV de la información adicional.
PERIODO DE CONSERVACIÓN	A.M.A. conservará su información durante el tiempo necesario para el cumplimiento de la finalidad contractual. A la finalización de la misma, A.M.A. conservará su información, debidamente bloqueada, durante el tiempo necesario en que pudieran interponerse reclamaciones o ante requerimientos de autoridades públicas. Más información: apartado V de la información adicional.
DERECHOS	Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse y limitarse a determinados tratamientos, así como portar los mismos dirigiendo escrito a nuestra Oficina de Protección de Datos, con los datos arriba indicados o mediante envío de correo electrónico a protecciondedatos@amaseguros.com. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento. Más información: apartado VII de la información adicional.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar la información adicional en: Papel: en cualquiera de las delegaciones de A.M.A.: http://www.amaseguros.com/oficinas-a.m.a . Electrónico: mediante petición a la dirección protecciondedatos@amaseguros.com.

Mediante la firma del presente formulario, el interesado acepta que sus datos sean tratados para la finalidad que indicamos a continuación, salvo que marque "NO".

Acepto que mis datos sean tratados para la remisión de comunicaciones comerciales de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A. Grupo:

SI NO

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz

Asegurado:

Nº Póliza: 530001272

SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Tomador: **COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE CADIZ.**

Nº Póliza: **530001272**

Período Cobertura: 1-1-2019 a 31-12-2019

CLÁUSULAS LIMITATIVAS Y EXCLUSIONES

En cumplimiento de lo establecido en el Art. 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre (Ley de Contrato de Seguro) y de la Doctrina Jurisprudencial que interpreta el mismo, CONOCE Y ACEPTA EXPRESAMENTE LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS LIMITATIVAS A LA PÓLIZA SUSCRITA:

PRESTACIONES DE A.M.A. El conjunto de pagos que deba realizar A.M.A., en virtud de esta garantía, no puede sobrepasar la cantidad máxima asegurada en Póliza. Las fianzas que por los conceptos previstos en la Póliza y en esta cláusula deba constituir A.M.A., no pueden exceder del tope previsto en la Póliza para dicho objeto. No responderá A.M.A. de multas o sanciones de cualquier naturaleza.

Para la actividad Pública, tanto en exclusiva como en Mixta, las garantías anteriormente descritas serán de aplicación cuando la reclamación exceda del capital indicado para la garantía de Responsabilidad Civil Profesional.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA. Para la garantías de Responsabilidad Civil Profesional, la cobertura de esta Póliza comprende las responsabilidades en que pudiera incurrir el Asegurado derivadas de actos realizados en cualquier país del mundo, excepto ESTADOS UNIDOS, CANADA Y TERRITORIOS ASOCIADOS, siempre y cuando el desplazamiento haya sido comunicado y aceptado por A.M.A. y se trate de actos aislados que no formen parte de la actividad cotidiana del profesional sanitario, quien deberá siempre y en todo caso desempeñar su actividad habitual en Territorio Español.

DELIMITACIÓN TEMPORAL DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SEGÚN LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLE.

A) PARA LA ACTIVIDAD PRIVADA.

1.- De aplicación a todas las especialidades, excepto Cirugía Plástica, Estética y Reparadora: Se conviene expresamente entre las partes, que la cobertura del presente contrato queda limitada exclusivamente para aquellos daños objeto de este seguro, cuyas reclamaciones se presenten al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, con independencia del momento en que ocurrió o se produjo el hecho causante del daño. Quedan excluidas aquellas reclamaciones que sean formuladas al Asegurado después de la anulación o rescisión de esta Póliza.

2.- De aplicación exclusivamente a la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora: Se conviene expresamente entre las partes que la cobertura del presente contrato queda limitada exclusivamente para aquellos daños objeto de este seguro, cuyas reclamaciones se presenten al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, por errores u omisiones profesionales cometidos durante el mismo período. Con respecto a los daños ocurridos durante el período de vigencia del seguro y no conocidos por el Asegurado al término del mismo, A.M.A. otorga cobertura exclusivamente a las reclamaciones producidas durante los 12 meses siguientes a la anulación o rescisión del seguro.

B) PARA LA ACTIVIDAD PÚBLICA (S.A.S, EPES, Ministerio de Defensa e Instituto Social de la Marina).

1.- De aplicación a todas las especialidades, excepto Cirugía Plástica, Estética y Reparadora: Se conviene expresamente entre las partes, que la cobertura del presente contrato queda limitada exclusivamente para aquellos daños objeto de este seguro, cuyas reclamaciones se presenten al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, con independencia del momento en que ocurrió o se produjo el hecho causante del daño, si bien se establece que quedan excluidos los siniestros afectos a la cobertura "claims made" (retroactividad) durante el período de tiempo que las Pólizas contratadas por el Servicio Andaluz de Salud estén amparando esta misma cobertura. Quedan excluidas aquellas reclamaciones que sean formuladas al Asegurado después de la anulación o rescisión de esta Póliza.

2.- De aplicación exclusivamente a la especialidad de cirugía Plástica, Estética y Reparadora: Se conviene expresamente entre las partes, que la cobertura del presente contrato queda limitada exclusivamente para aquellos daños objeto de este seguro, cuyas reclamaciones se presenten al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, por errores u omisiones profesionales cometidos durante el mismo período. Con respecto a los daños ocurridos durante el período de vigencia del seguro y no conocidos por el Asegurado al término del mismo, A.M.A. otorga cobertura exclusivamente a las reclamaciones producidas durante los 12 meses siguientes a la anulación o rescisión del seguro.

Exclusiones: Quedan excluidas aquellas reclamaciones de las que el Asegurado hubiese tenido conocimiento, a través de cualquier medio, con anterioridad a la fecha de efecto del presente contrato y aquellas que el Asegurado debería haber, razonablemente previsto o descubierto. Quedan excluidas aquellas reclamaciones que estén cubiertas bajo el condicionado de cualquier otra Póliza anterior.

Cobertura por Cese definitivo de la Actividad.- (Jubilación, incapacidad o cualquier otra circunstancia), se otorga cobertura de 15 años, a partir del último vencimiento siguiente a dicho cese. Se entiende este período de cobertura para hechos ocurridos durante el tiempo que el Asegurado ha estado adherido a la póliza y no conocidos por éste a la fecha del cese de su actividad.

EXCLUSIONES RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

* Funcionamiento normal o anormal de aparatos de Rayos X o similares, con fines terapéuticos o de exploración, así como por la utilización de otras sustancias radiactivas, por cuanto estos riesgos nucleares deben suscribirse obligatoriamente en Póliza independiente, (excepto para la Medicina Nuclear y Radiofísica Hospitalaria).

* Fabricación, elaboración o venta de productos farmacéuticos, especialidades propias, aparatos, hierbas medicinales y drogas.

* Propiedad, dirección o asesoramiento de hospitales, clínicas o cualesquiera otros establecimientos asistenciales o cuando, aún sin dirigir o asesorar, preste, sin embargo, su nombre a dichos centros.

* Responsabilidad del hospital, clínica asistencial que haya arrendado el uso de quirófanos, habitaciones, aparatos o instalaciones al médico objeto del seguro.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz

Asegurado:

Nº Póliza: 530001272

- * Sustitución de otros médicos que no estén debidamente autorizados, así como la responsabilidad profesional exigida al médico sustituido.
- * Utilización de procedimientos curativos o profesionales que no hubiesen recibido la consagración de las entidades científicas o profesionales sanitarias de reconocido prestigio.
- * Los actos dolosos o derivados del incumplimiento voluntario de las normas legales, éticas o profesionales exigibles en la práctica asistencial.
- * La realización de ensayos clínicos tal y como los mismos se encuentran regulados en el Real Decreto 1090/2015 y posterior legislación que le sea aplicable.
- * Las reclamaciones dirigidas contra otro profesional titulado, aún cuando trabaje a las órdenes del Asegurado.
- * Responsabilidad derivada del empleo de personas que ejerzan en la consulta como facultativos o no y, sin embargo, no posean el correspondiente título.

Suma asegurada.- Límite por siniestro: 100% del capital asegurado por esta garantía (por Asegurado). Límite por año de seguro: Doble capital asegurado por esta garantía (por Asegurado).

En la Actividad Pública, tanto en exclusiva como en Mixta, los capitales asegurados se entenderán en exceso de los contratados por cada Asegurado, según opción elegida. Para los asegurados que trabajen para el Ministerio de Defensa, se otorga cobertura en exceso de 480.000.-€

Para la Actividad Pública sin franquicia, (exclusiva S.A.S.) tanto en exclusiva como en Mixta, los capitales asegurados se entenderán:

1.- En exceso de 3.000.000 € capital que actualmente tiene asegurado el Servicio Andaluz de Salud, hasta el límite establecido en póliza, según opción elegida por el Asegurado.

2.- Por la acción de repetición contra el Asegurado, por parte del Servicio Andaluz de Salud, por hechos no cubiertos por la póliza suscrita por el citado organismo, hasta el límite establecido en póliza, según opción elegida por el Asegurado. Queda igualmente incluida la franquicia establecida en la misma, hasta el límite de 30.000 €.

Queda excluida expresamente la concurrencia de seguros.

En los límites antes mencionados, están comprendidos los gastos (judiciales y extrajudiciales), así como las indemnizaciones a que diera lugar.

EXCLUSIONES RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA EXPLOTACION Y LOCATIVA.- Desgaste, Deterioro o uso excesivo y Daños a instalaciones de calefacción, maquinaria, calderas, agua caliente, así como aparatos de electricidad y gas, cristales.

Suma asegurada.- Límite por siniestro y año de seguro: 100% del capital asegurado por esta garantía.

* R.C. Locativa: Daños al local arrendado, hasta el límite del 10% de la suma asegurado por siniestro.

* Daños por agua, como consecuencia de rotura u obstrucción de tuberías o depósitos, quedando limitada esta garantía al 5% de la suma asegurada por siniestro.

* Daños a expedientes: 300.-€/expediente, 10% capital asegurado por siniestro

En los límites anteriormente indicados, están comprendidos los gastos (judiciales y extrajudiciales), así como las indemnizaciones a que diera lugar.

EXCLUSIONES RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

* Por los daños materiales causados a bienes propiedad del personal del Asegurado.

* Por daños derivados de hechos relacionados con la circulación de vehículos a motor.

* Por daños causados por asbesto o polvo de amianto, plomo, sílice, polvo de algodón, pesticidas, ruido industrial y radiaciones de cualquier tipo.

* Derivada de cualquier prestación que deba ser objeto del Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o de la Seguridad Social, a los cuales en ningún caso podrá sustituir o complementar esta póliza.

* Igualmente, quedan excluidas las sanciones de cualquier tipo, tanto de multas como los recargos en las indemnizaciones exigidas por la legislación laboral.

Las precedentes exclusiones se refieren a todas las indemnizaciones o multas que sean a cargo del Asegurado, tanto de forma directa como subsidiaria.

Suma asegurada: Límite por siniestro y año de seguro: 100% del capital asegurado por esta garantía. Límite por víctima: 20 % del capital asegurado por esta garantía.

SUBSIDIO POR INHABILITACION TEMPORAL PROFESIONAL.- Quedan excluidos de esta garantía los actos dolosos.

Capital y Límites.- El importe máximo a pagar será de 4.000 €/mes, (media salarial de los últimos 12 meses) y máximo 24 meses.

Abono Cuota colegial.- Límite 500 €/año. Máximo dos años.

LIMITES DEFENSA PENAL Y CIVIL: Libre elección abogado en vía Penal: 30.051 € por siniestro.

PROTECCIÓN DE DATOS:

A.2.- Exclusiones:

1.- Los actos u omisiones, intencionados o dolosos, que vulneren la normativa de protección de datos.

2.- Los hechos o circunstancias conocidos con anterioridad a la contratación de esta Póliza aunque todavía no hubieran sido reclamados.

3.- Los daños materiales y personales derivados de un incumplimiento de la normativa de Protección de Datos, así como en general cualquier daño material o personal reclamado.

4.- La aceptación del asegurado de cualquier tipo de responsabilidad sin el previo consentimiento expreso y escrito de A.M.A., así como la reclamación que derive de cualquier contrato celebrado por el asegurado sin el acuerdo expreso de la misma. Quedan a salvo aquellas responsabilidades derivadas de este Contrato de Seguro que aunque no hubiera mediado acuerdo vendría obligada a cubrir la entidad aseguradora.

5.- No quedan cubiertas las reclamaciones que deriven de fallos mecánicos o eléctricos, tales como interrupciones de suministro, sobretensiones, cortes, apagones así como tampoco quedan cubiertos las reclamaciones derivadas de cualquier tipo de fallo de los sistemas de telecomunicación o de los sistemas que operen vía satélite, y en general no quedan cubiertos los fallos de seguridad en todo tipo de equipos mecánicos, eléctricos, electrónicos o informáticos.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz

Asegurado:

Nº Póliza: 530001272

- 6.- No quedan cubiertas las infracciones de derechos de propiedad intelectual que pudieran venir derivadas de un incumplimiento de la normativa de protección de datos.
- 7.- No quedan cubiertas las indemnizaciones que se deriven de cualquier acto de terrorismo, guerra, rebelión, sedición, motín o tumulto popular.
- 8.- No quedan cubiertas las reclamaciones derivadas de la falta de respuesta o cumplimiento por parte del asegurado a un requerimiento administrativo o judicial.

B.2.- Multas y sanciones.-

B.3.- Exclusiones

- 1.- Las indemnizaciones y las sanciones que no se fundamenten exclusivamente en la normativa aplicable a la protección de datos de carácter personal, como por ejemplo los daños que pudieran derivarse de las infracciones de derechos de propiedad intelectual, científica o industrial.
- 2.- Las multas y sanciones no impuestas por las Agencias de Protección de Datos
- 3.- Las multas y sanciones impuestas por las Agencias de Protección de Datos de oficio.
- 4.- Las reclamaciones derivadas de la falta de respuesta o cumplimiento por parte del asegurado a un requerimiento administrativo o judicial
- 5.- Los gastos de reposición de datos de carácter personal
- 6.- Quedan excluidas las multas o sanciones de carácter civil o penal así como aquellas no asegurables por Ley.

6.5.- DELIMITACION TEMPORAL DE LA COBERTURA DE PROTECCION DE DATOS

Se conviene expresamente que la cobertura del presente contrato de seguro se extiende a los hechos ocurridos durante la vigencia del mismo y reclamados durante dicho período o durante el año siguiente a la terminación o resolución del contrato de seguro siempre que dicha reclamación haya sido notificada fehacientemente a AMA.

6.6.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

Las coberturas de la presente póliza sólo surtirán efecto para las entidades aseguradas cuando desempeñen su actividad en España y siempre y cuando la reclamación se efectúe en este País.

6.7.- SUMA ASEGURADA

En cualquier caso, existe un límite máximo global de indemnización indicado en las Condiciones Particulares y que constituye la cantidad máxima a pagar por A.M.A. por el conjunto de todas las prestaciones objeto de cobertura.

Para la presente cobertura se establece un límite de capital de 60.000.- € por siniestro, con una franquicia de 3.000.-€

PROTECCIÓN VIDA DIGITAL:

- 2.- Uso del servicio: el servicio cuenta con una limitación de 2 cancelaciones por asegurado y año.
- 4.- Limitaciones: el servicio cuenta con una limitación 2 cancelaciones al año por asegurado

ASISTENCIA PSICOLÓGICA:

Máximo 6 sesiones o consultas presenciales de una hora de duración, por siniestro y anualidad de seguro.

Garantía Optativa (solo de aplicación si es contratada expresamente por el asegurado)

DEVOLUCION DE HONORARIOS: La devolución de los honorarios profesionales, percibidos por el profesional asegurado, será asumida por A.M.A., hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares, siempre que se haya establecido a favor del perjudicado dicha devolución en sentencia judicial firme, y siempre que en la misma se condene también a indemnizar los daños causados al perjudicado y se trate de hechos cubiertos por la póliza.

LIMITACIONES EJERCICIO MEDICINA ESTÉTICA.- Queda cubierta la responsabilidad civil profesional del Asegurado, derivada de daños y perjuicios causados por errores profesionales cometidos en el ejercicio de su profesión, exclusivamente por los hechos siguientes

TRATAMIENTOS Y DIETAS: Nutrición y Dietética: Dietas de adelgazamiento. **Tratamiento de tejido graso:** Mecanoterapia, Electroterapia, Mesoterapia, Masajes, Hidroterapia, Termoterapia, Radiofrecuencia y la Liposucción no quirúrgica, (cuando la grasa es disuelta mediante la acción de las ondas de ultrasonido, ondas térmicas o sustancias químicas lipolíticas y absorbida y metabolizada por el organismo mismo, no utilizando para ello cánulas).

Tratamiento de la piel: Peeling químico, medio y superficial, Dermocosmética (limpieza, hidratación, nutrición, protección y regeneración de la piel), Dermopigmentación, Infiltraciones de relleno, Mesoterapia, Microdenervación selectiva para arrugas de expresión, Láser no ablativo y Crioterapia, Luz intensa pulsada (IPL), Radiofrecuencia, Microdermoabrasión y Hilos de sujeción (hilos aptos, hilos de oro, hilos de gore-tex, etc.). **Tratamientos para alteraciones circulatorias:** Esclerosis vascular, Presoterapia, Masajes, Drenaje linfático, Láser no ablativo, Flebectomía con técnica de Muller, Luz intensa pulsada (IPL) y Electrocoagulación. Se excluye expresamente la safenectomía. **Tratamiento del cabello:** Fotodepilación, Depilación con láser, Depilación eléctrica y Tratamientos para la calvicie que no requieran cirugía y trasplante de pelo.

EXCLUSIONES: 1. Tratamientos que requieran intervención quirúrgica, ni aquellos en los que se utilicen métodos que no se ajusten a la normativa legal vigente. 2. Tratamientos aplicados en Centros Médicos que no reúnan los requisitos legalmente establecidos para su funcionamiento, así como para la aplicación del tratamiento en cuestión.

EXCLUSIONES CONDICIONES GENERALES - EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A CADA GARANTÍA

A) RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

1. Daños ocasionados a los bienes que, por cualquier motivo (depósito, uso, transporte, manipulación u otro), se hallen en poder del Asegurado o de personas de quien éste sea responsable.
2. Daños causados a personas o bienes con las que esté trabajando el Asegurado o persona de quien éste sea responsable. En el caso de inmuebles, la exclusión se aplica únicamente a la parte o partes objeto directo de su actividad.
3. Daños dolosos o que tengan su origen en la infracción o incumplimiento voluntario de las normas que rigen la actividad objeto del seguro.
4. Daños causados por la contaminación del suelo, las aguas o la atmósfera o por vibraciones o ruidos.
5. Daños o perjuicios causados por los productos, materias o animales entregados, trabajos realizados y servicios prestados por el Asegurado después de la entrega, terminación o prestación.
6. Daños materiales causados por incendio, explosión y agua.
7. Daños derivados de la fusión o fisión nuclear, radiación o contaminación radiactiva.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz

Asegurado:

Nº Póliza: 530001272

8. Daños que deban ser objeto de cobertura por cualquier tipo de seguro obligatorio existente o que se implante en el futuro.
9. Daños causados por la tenencia, utilización o propiedad de vehículos a motor y de los elementos remolcados o incorporados a ellos, embarcaciones, aeronaves y armas de fuego.
10. Reclamaciones que resulten directa o indirectamente de cualquier responsabilidad asumida por el Asegurado bajo cualquier forma de garantía, acuerdo o convenio contractual excepto en el supuesto de que el Asegurado estuviera sujeto a la misma responsabilidad, en todo caso en ausencia de dicha garantía, acuerdo o convenio.
11. Reclamaciones que se deriven de trabajos de construcción, reparación, transformación o decoración del local o edificio donde se ubique el riesgo asegurado.
12. Daños producidos por el transporte, almacenamiento y manipulación de mercancías peligrosas (inflamables, explosivas, tóxicas, etc.) o que requieran autorización especial.
13. Daños por hechos de guerra civil o internacional, motín o tumulto popular, terrorismo e inundaciones y otros eventos extraordinarios.
14. Daños producidos a consecuencia de la Responsabilidad Civil Decenal prevista en el artículo 1.591 del Código Civil o de cualquier otra disposición legal al respecto, así como en general, daños ocasionados por vicios o defectos de construcción.
15. En ningún caso estarán cubiertas las multas, penas o sanciones de cualquier tipo a que fuera condenado el Asegurado o el Tomador del seguro por las autoridades administrativas o judiciales.

**B) RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL INMUEBLE
RIESGOS EXCLUIDOS**

- a) Quedan excluidos siempre y en todo caso los daños sufridos por el local donde se desarrolle la actividad asegurada por el profesional sanitario, con la excepción relativa a los daños sufridos en el local arrendado recogida en el apartado anterior y sólo para el caso de que el Asegurado actúe en calidad de arrendatario y con el límite cuantitativo ya reseñado.
- b) Así mismo, con respecto al local arrendado, quedan excluidos, siempre y en todo caso, los daños que sufra el mismo por desgaste, deterioro o uso excesivo, así como los daños a las instalaciones de calefacción, maquinaria, calderas, agua caliente, aparatos de electricidad gas y cristales.
- c) Actos dolosos, intencionados o realizados con incumplimiento deliberado y consciente de las normas que rijan la actividad desarrollada en el local asegurado.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz
Asegurado:
Nº Póliza: 530001272