



**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 Cádiz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.010

FIRMA:

**EUROVIDA, S.A.**  
**CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**

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 | 2.- A sus descendientes                      |
| 3.- A sus ascendientes       | 4.- A falta de ellos a sus herederos legales |

(2) En caso contrario deberá enviarnos información al respecto

# 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 Oral y Maxilofacial
- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

## GRUPO 2

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

## GRUPO 3 (QUIRURGICAS)

- Angiología y Cirugía Vascular
- 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
- Estomatología
- 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
- 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 realizará en seis recibos bimensuales. 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

**SOLICITUD – CUESTIONARIO DE ADHESION AÑO 2010**  
**SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PÓLIZA Nº 530001030**  
**EXCMO COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CADIZ**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellidos		Nombre		N.I.F.
Domicilio				Teléfono Particular
Localidad	C. Postal	Provincia		Teléfono Profesional
Año Fin Carrera	Ejerce desde	Colegiado en		Nº
Especialidad / es:		Para especialidades de los Grupos 3, 4 y 5, y Oftalmología con Lasik y Neurocirugía (Grupo 2): ¿Desea contratar la cobertura de actividad Estética? (Recargo 100% prima) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Desea contratar la cobertura por elaboración de Dictámenes de Valoración? (Recargo 25% prima) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Desea contratar la cobertura por Ejercicio Docente? (Recargo 25% prima) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Para la Especialidad de Obstetricia y Ginecología: ¿Atiende partos y seguimiento embarazos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Para la Especialidad de Oftalmología: ¿Realiza técnicas Lasik? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Para las especialidades de Ap. Digestivo, Cardiología, Nefrología, Neumología y Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología: ¿Realiza Técnicas Invasivas (1)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Actividad: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta (principalmente Pública más Privada) <input type="checkbox"/> Privada				
Capital a Asegurar:				
Centro de Trabajo (indicar nombre): <input type="checkbox"/> Público: _____ <input type="checkbox"/> Privado: _____				
¿Es M.I.R. (en la actualidad)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especialidad _____ Curso _____				
¿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 _____				

La especialidad y actividad de cada asegurado, así como los capitales garantizados, serán los comunicados por el Colegio, Tomador del Seguro, conforme a la solicitud efectuada por cada colegiado.

Como Asegurado de la póliza colectiva de referencia declara haber leído y aceptar la cláusula de protección de datos introducida en las condiciones generales de su póliza, prestando su consentimiento con la firma del presente documento, a la misma. Sus datos serán utilizados, además de las finalidades legales y previstas en dichas condiciones generales, para el envío de comunicaciones comerciales, incluidos por correo electrónico y SMS, para ofrecerles descuentos, ventajas o promociones de productos relativos al sector asegurador, salvo que indique expresamente lo contrario en la presente casilla

Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero, en su domicilio social, calle Santa María Magdalena, nº15, CP/28016, Madrid.

El que suscribe declara haber contestado, conforme a la verdad, la solicitud precedente, la cual forma parte integrante de las bases del contrato y conoce y acepta las cláusulas limitativas que figuran a continuación.

En \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas, del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**EL ASEGURADO**

- (1) Se consideran **Técnicas Invasivas**:
1. APARATO DIGESTIVO: Endoscopias; Laparoscopias; Biopsias
  2. CARDIOLOGÍA: Ecocardiografías transesofágica 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.
  3. NEFROLOGÍA: Biopsias; Colocación de catéteres peritoneales; Diálisis.
  4. 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).
  5. DERMATOLOGÍA: Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía.

**SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICOS**

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

Nº Póliza: **530001030**

Período Cobertura: 1-1-2010 a 31-12-2010

**CLÁUSULAS LIMITATIVAS Y EXCLUSIONES**

El Asegurado, 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, **MANIFIESTA CONOCER Y ACEPTAR EXPRESAMENTE LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS LIMITATIVAS A LA PÓLIZA SUSCRITA:**

**2.- PRESTACIONES DE A.M.A.**

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 en el apartado 1. 3 Suma Asegurada, de la garantía de Responsabilidad Civil Profesional.

**3.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA**

Modificando lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza (artículo 14º), 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 que las mismas hayan sido declaradas y/o reconocidas por Tribunales Españoles.

**4.- DELIMITACIÓN TEMPORAL DE LA COBERTURA**

**4.1 Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional según la actividad que desarrolle el profesional**

**A) PARA LA ACTIVIDAD PRIVADA.**

1.- De aplicación a todas las especialidades, excepto Cirugía Plástica, Estética y Reparadora:

Modificando lo indicado en las Condiciones Generales (artículo 13º), para la garantía de Responsabilidad Civil Profesional, 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:

Modificando lo indicado en las Condiciones Generales (art. 13º), para la garantía de Responsabilidad Civil Profesional, 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:

Modificando lo indicado en las Condiciones Generales (artículo 13º), para la garantía de Responsabilidad Civil Profesional, 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.**

Leído y Conforme:  
**EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz

Asegurado:

Nº Póliza: 530001030

## 2.- De aplicación exclusivamente a la especialidad de cirugía Plástica, Estética y Reparadora:

Modificando lo indicado en las condiciones Generales (art. 13º), para la garantía de Responsabilidad civil Profesional, 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.

### 4.2.- Exclusiones comunes a cualquier actividad y especialidad:

- \* **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.**

### 4.3.- Cobertura por Cese de la Actividad

Por cese de la actividad (jubilación, incapacidad o cualquier otra circunstancia), se otorga cobertura de **15 años**, a partir del último vencimiento siguiente a dicho cese, siempre que se mantenga en vigor la Póliza colectiva, el número de dichos colegiados cesantes no supere el 4% de los asegurados activos durante la anualidad del seguro, y se encuentren nominalmente en poder de A.M.A. **Se entiende este período de cobertura para hechos ocurridos durante el tiempo de adhesión del asegurado al contrato y no conocidos por éste a la fecha del cese de su actividad.**

## **1.- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

### 1.2.- Riesgos excluidos

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales que no resulten derogadas por las presentes Condiciones Especiales, quedan expresamente excluidas las reclamaciones derivadas de:

- \* **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.**
- \* **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, no contemplándose en esta exclusión la actuación de los directores médicos en el ejercicio de su profesión como médico.**
- \* **Responsabilidad del hospital, clínica asistencial que haya arrendado el uso de quirófanos, habitaciones, aparatos o instalaciones al médico objeto del seguro.**
- \* **Sustitución de otros médicos que no estén debidamente autorizados, así como la responsabilidad profesional exigida al médico sustituido.**
- \* **Utilización de procedimientos curativos o de profesionales que no hubiesen recibido la consagración de las entidades científicas o profesionales médicas de reconocido prestigio, y que el empleo específico de los mismos, de origen a condena por delito de imprudencia.**
- \* **Los actos dolosos o derivados del incumplimiento voluntario de las normas legales, éticas o profesionales exigibles en la práctica asistencial. Se excluye expresamente la responsabilidad civil derivada del incumplimiento, por parte del Asegurado, de la obligación de obtener el consentimiento del paciente en los términos establecidos en la Ley 41/2002.**
- \* **La realización de ensayos clínicos tal y como los mismos se encuentran regulados en el Real Decreto 223/2004 de 6 de febrero.**
- \* **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.**
- \* **Reclamaciones derivadas de daños meramente estéticos por no haber obtenido la finalidad propuesta en la operación o tratamiento, excepto para las especialidades de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y Cirugía Oral y Maxilofacial.**

### 1.3.- Suma asegurada

Dentro de las coberturas otorgadas por la presente garantía, se establecen los límites de indemnización siguientes:

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

Leído y Conforme:  
**EL ASEGURADO**

**Tomador:** Colegio Oficial de Médicos de Cádiz  
**Asegurado:**  
**Nº Póliza:** 530001030

Para la Actividad Pública, los capitales asegurados se entenderán en exceso de **601.012 €**.

Como ampliación a lo dispuesto en el párrafo anterior, se hace constar expresamente que quedan amparadas por las garantías de la Póliza el pago de las indemnizaciones que al Asegurado pudiera corresponder por sentencia judicial firme, hasta el límite máximo de **3.006 €** y siempre que se den los siguientes requisitos:

- 1.- Que la reclamación que de lugar a la indemnización se haya producido con motivo del desarrollo de la actividad sanitaria del Asegurado en el Servicio Público de Salud.
- 2.- Que los hechos objeto de la reclamación y la propia reclamación se produzcan con posterioridad al 1 de mayo de 2000 y durante el período de vigencia de la Póliza, entendiéndose por reclamación el primer requerimiento escrito formulado por cualquier medio contra el Asegurado o la Entidad Aseguradora.

## **2.- RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA EXPLOTACION**

### **2.2.- Riesgos Excluidos**

Además de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales, quedan excluidas las reclamaciones por los daños que sufra la consulta arrendada, por:

- \* **Desgaste.**
- \* **Deterioro o uso excesivo.**
- \* **Daños a instalaciones de calefacción, maquinaria, calderas, agua caliente, así como aparatos de electricidad y gas, cristales.**

### **2.3 Suma asegurada**

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

## **3.- SUBSIDIO POR INHABILITACION TEMPORAL PROFESIONAL**

Quedan excluidos de esta garantía los actos dolosos.

### **3.2.- Alcance: Capital y Límites**

El importe máximo a pagar como Subsidio por Inhabilitación Temporal Profesional, será de **3.006 €** mensuales, y en ningún caso podrá exceder de los ingresos medios mensuales obtenidos por el Asegurado en el ejercicio de su profesión como médico, durante los doce meses anteriores a la condena.

El pago del Subsidio se hará durante el tiempo que dure la condena de inhabilitación y como máximo durante un período de 18 meses.

## **4.- DEFENSA PENAL Y CIVIL**

A.M.A. y el Tomador del seguro ofrecerán al Asegurado sus Servicios Jurídicos. No obstante, el Asegurado podrá designar el Abogado que le defienda y el Procurador que le represente, si bien en este caso los honorarios que A.M.A. deberá de satisfacer a los referidos profesionales, los cuales se ajustarán a las normas orientadoras de los correspondientes Colegios Profesionales, no superarán los **30.051€**, por siniestro, sin perjuicio de que el exceso de los honorarios profesionales que se puedan devengar, sean por cuenta del Asegurado.

### **EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS GARANTÍAS**

Quedan expresamente excluidas las reclamaciones derivadas de:

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 dolosos o que tengan su origen en la infracción o incumplimiento voluntario de las normas que rigen la actividad objeto del seguro.**
3. **Daños causados por la contaminación del suelo, las aguas o la atmósfera, o por vibraciones o ruidos.**
4. **años 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.**
5. **Daños materiales causados por incendio, explosión y agua, salvo pacto expreso en contrario.**
6. **Daños derivados de la fusión o fisión nuclear, radiación o contaminación radiactiva.**
7. **Que daba ser objeto de cobertura por cualquier tipo de seguro obligatorio existente o que se implante en el futuro.**

Leído y Conforme:  
**EL ASEGURADO**

Tomador: Colegio Oficial de Médicos de Cádiz  
Asegurado:  
Nº Póliza: 530001030

8. La tenencia, utilización o propiedad de vehículos a motor y de los elementos remolcados o incorporados a ellos, embarcaciones, aeronaves y armas de fuego.
9. Reclamaciones que se basen en obligaciones contractuales del Asegurado.
10. Reclamaciones que se deriven de trabajos de construcción, reparación, transformación o decoración del local o edificio donde se ubique el riesgo asegurado.
11. Daños producidos por el transporte, almacenamiento y manipulación de mercancías peligrosas (inflamables, explosivas, tóxicas, etc.), o que requieran autorización especial.
12. Daños por hechos de guerra civil o internacional, motín o tumulto popular, terrorismo, terremotos e inundaciones y otros eventos extraordinarios.
13. La propiedad de cualquier clase de local, vivienda, edificio, etc., no incluidos en la presente Póliza.
14. A consecuencia de la Responsabilidad Civil Decenal prevista en el artículo 1.591 del Código Civil o de cualquier otra disposición legal al respecto.

#### **CLAUSULA**

Las Garantías y Coberturas otorgadas por la presente Póliza, para la Actividad Pública, serán válidas siempre que se sigan manteniendo en vigor las condiciones y coberturas de la Póliza que actualmente tiene contratada el Servicio Andaluz de Salud.

#### **PRELACIÓN**

Se mantienen vigentes el resto de Condiciones Generales de la Póliza, en todo aquello que no haya sido derogado o modificado por las Condiciones Particulares o Especiales.

Leído y Conforme:  
**EL ASEGURADO**

