



Requisitos colegiación

COLEGIACIÓN POR PRIMERA VEZ

Deben realizarse en persona en el COM Córdoba (*). Solicitar cita previa en el teléfono 957 478 785 o a través de la ventanilla única.

Cuota de Ingreso a ingresar en el nº de cuenta ES58 0182 2100 66 0201668947: 50 €

Póliza colectiva de Responsabilidad Civil de libre adhesión.

Se deberá presentar:

- Solicitud de colegiación debidamente cumplimentada.
- Título de Licenciado/Grado en Medicina original, oficialmente expedido o reconocido por el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, o testimonio notarial realizado en España. Los que no hubiesen recibido el Título de Licenciado/Grado, deberán presentar certificado del Rector de la Universidad (este certificado tiene un periodo de validez de 1 año, siendo obligatoria la presentación del título en el Colegio para su registro antes de finalizar dicho periodo).
- Si posee título de Especialista, deberá presentar título original o testimonio notarial realizado en España. Si éste no estuviera expedido, hay que aportar nombramiento oficial del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Cuando sea facilitado dicho título, deberá ser presentado al Colegio para su obligatorio registro.
- Declaración de primera colegiación.
- 2 fotografías.
- D.N.I. (original y fotocopia).
- Nº de Cuenta (IBAN) de Entidad Bancaria para domiciliar el pago de cuotas.
- Justificante del pago de la cuota de entrada 50 € (ingreso en la cuenta ES58 0182 2100 66 0201668947).
- En caso de colegiarse para realizar la residencia, deberán presentar fotocopia de la credencial de la plaza M.I.R.

COLEGIADOS PROCEDENTES DEL EXTRANJERO

Los médicos cuyo título este expedido por una Universidad Extranjera deberán presentar, además de lo indicado en el apartado anterior, lo siguiente:

- La Homologación* en España de dicho título.
- En caso de extranjeros COMUNITARIOS, Tarjeta de Residente Comunitario, pasaporte o DNI del país de origen.
- En caso de extranjeros NO COMUNITARIOS, deberán presentar Pasaporte de la nacionalidad que figura en la Homologación dada por el Ministerio de Educación.
- Certificado emitido por las Autoridades del país de origen del solicitante (o en su caso de donde haya trabajado últimamente) que garantice estar legalmente titulado para la práctica de la Medicina y no haber sido descalificado o inhabilitado por su ejercicio como Médico. Validez tres meses desde la fecha de emisión.

**Ministerio de Educación: 915 221 100 (Homologación)
Comisión Nacional de Especialidades: 915 615 400*

COLEGIADOS PROCEDENTES DE OTRO COLEGIO/REINCORPORACIÓN

Exentos de cuota de entrada.

Póliza colectiva de Responsabilidad Civil de libre adhesión

Se deberá presentar:

- Título de Licenciado/Grado en Medicina original, oficialmente expedido o reconocido por el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, o testimonio notarial realizado en España. Los que no hubiesen recibido el Título de Licenciado/Grado, deberán presentar certificado del Rector de la Universidad (este certificado tiene un periodo de validez de 1 año, siendo obligatoria la presentación del título en el Colegio para su registro antes de finalizar dicho periodo).
- Si posee título de Especialista, deberá presentar título original o testimonio notarial realizado en España. Si éste no estuviera expedido, hay que aportar nombramiento oficial del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Cuando sea facilitado dicho título, deberá ser presentado al Colegio para su obligatorio registro.
- 2 fotografías.
- D.N.I (Original y Fotocopia).
- Nº de Cuenta de Entidad Bancaria para domiciliar el pago de cuotas.
- Certificado de Baja del Colegio de Procedencia, si procede.

BAJA DE COLEGIACIÓN

Cumplimentar el impreso de Baja o solicitud por escrito de la misma, explicando los motivos.

Obligatorio devolver el Carnet Colegial

La baja se hará efectiva por parte del Colegio una vez aprobada por la Junta Directiva, siempre que se esté al corriente del pago de las cuotas colegiales.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE CÓRDOBA

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DON / DOÑA _____ Licenciado/a en Medicina
y Cirugía, natural de _____ Provincia de _____
nacido/a el _____, con NIF-NIE-Pasaporte N°. _____
con domicilio calle _____ Localidad _____
Provincia _____ Cód. Postal _____ Teléfono _____ Fax N° _____
Correo Electrónico (LETRA CLARA) _____

Deseo pertenecer a la Póliza Colectiva de Responsabilidad Civil Profesional: SI NO
(EN CASO AFIRMATIVO, IMPRESCINDIBLE CUMPLIMENTAR SOLICITUD DE ADHESION AMA)

A VI. EXPONE:

Que desea incorporarse al Colegio de su Presidencia y proponiéndose ejercer la profesión en(1) _____ en la modalidad de (2) _____ y creyendo encontrarse en condiciones legales para ello por reunir los requisitos exigidos en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial,

SOLICITA de VI. que, teniendo por presentada esta instancia, así como los documentos acreditativos, que adjunto se relacionan, se sirva admitirle como Colegiado.

(1) Indicar lugar

(2) Ejercicio público, privado o mixto

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el colegiado queda informado de la incorporación de sus datos personales a los ficheros existentes en este Colegio Profesional. Los datos identificativos pertenecientes al colegiado, los referentes a su actividad profesional, así como los demás datos de contacto y cualesquiera otros que puedan ser exigidos por la normativa aplicable, es obligatorio declararlos y la negativa a suministrarlos supondrá la imposibilidad de su colegiación. Asimismo el colegiado presta su consentimiento al Colegio para que, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, le envíe comunicaciones de interés colegial en la forma y con las limitaciones contenidas en la Ley. El colegiado podrá ejercer en cualquier momento su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos, en los términos establecidos por la Ley. Para ello deberá dirigirse, como responsable del fichero, al Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Córdoba, sito en Avda. Ronda de los Tejares nº 32, 4ª planta.

Córdoba, a _____ de _____ de _____

Firmado

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CORDOBA



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE CÓRDOBA

DECLARACIÓN DE PRIMERA COLEGIACIÓN

D./D^a. _____ con

DNI/NIE/Pasaporte _____ DECLARA que no ha estado colegiado/a, ni ha ejercido la Medicina en ninguna otra provincia del Territorio del Estado Español.

Córdoba _____ de _____ de 20____

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CÓRDOBA



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE CÓRDOBA**

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

Identificador del acreedor:

Creditor Identifier

Nombre del acreedor

Creditor's name

Dirección

Address

Código postal - Población - Provincia

Postal Code - City - Town

País

Country

Q1466001C

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CÓRDOBA

RONDA DE LOS TEJARES, 32

14001 - CÓRDOBA - CÓRDOBA

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Nombre del deudor/es / Debtor's name

(titular/es de la cuenta de cargo)

NIF/NIE/Pasaporte del deudor / NIF/NIE/Passport of the debtor

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / *Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*

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

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

E	S																	
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago:

Type of payment



Pago recurrente

Recurrent payment

o

or



Pago único

One-off payment

Fecha - Localidad: _____

Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____

Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

Adjuntar
foto

(tamaño carnet)

SOLICITUD DE CARNET COLEGIAL

Número de Colegiado:

Nombre:

1^{er} Apellido:

2^o Apellido:

Especialidad 1:

Especialidad 2:

A los efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante autoriza expresamente al Colegio Oficial de Médicos de Córdoba para que ceda a Infodirect S.L. los datos necesarios necesarios para que dicha entidad pueda emitir la tarjeta objeto de este documento.

Fecha:

Firma: _____



INSCRIPCIÓN COMO SOCIO PROTECTOR DE LA FUNDACIÓN PATRONATO DE HUÉRFANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL DE MÉDICOS PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Datos del Socio Protector:

Colegio de Médicos de: _____

Número de Colegiado/Empleado: _____

NIF: _____

Nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Sexo (H/M): _____

Fecha de nacimiento: _____

País: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código postal: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de alta en la FPSOMC: _____

Nº de C/Corriente: _____

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "SOCIOS PROTECTORES" titularidad del Ilustre Colegio de Médicos de Córdoba, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión de los datos de los socios protectores por cuenta de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en Avda. Ronda de los Tejares nº 32, 4º planta, de Córdoba. Los datos proporcionados serán facilitados a la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias para la gestión de los datos de los socios protectores así como de sus aportaciones para la consecución de los fines de la Fundación, así como para su inclusión como socios protectores de la Fundación, pudiendo ejercer sus derechos dirigiéndose a la sede de la misma. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.

Firmado: Socio Protector

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
COLEGIO DE MÉDICOS DE CÓRDOBA PÓLIZA Nº 530001246-AÑO 2017**

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"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Compañía: _____	
¿Ha tenido reclamaciones anteriores?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Año: _____	
Área actividad profesional: Especialidad/es: _____				Obstetricia y Ginecología:	
M.I.R. (en la actualidad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Curso: _____		¿Atiende partos y/o seguimiento embarazos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Privada	Centro de Trabajo _____		Oftalmología: ¿Realiza Cirugía Refractiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Mixta (principalmente Pública)	Centro de Trabajo _____		¿Realiza Técnicas Invasivas (1)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<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 901.518 €	<input type="checkbox"/> Priv. 601.013 €	<input type="checkbox"/> Pub. 601.013 € en exceso 901.518 €	<input type="checkbox"/> Pub. 1.202.025 € en exceso 901.518 €	<input type="checkbox"/> Pub. 1.200.000 € en exceso 1.500.000 €
<input type="checkbox"/> 1.202.025 €	<input type="checkbox"/> Pub. 1.202.025 € en exceso 901.518 €	<input type="checkbox"/> Priv. 1.202.025 €	<input type="checkbox"/> Pub. 1.202.025 € en exceso 901.518 €	<input type="checkbox"/> M.I.R. R-1 Pub. 150.000 € sin franquicia	
GARNATIA OPTATIVA: Devolución de Honorarios <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
FECHA ADHESIÓN A PÓLIZA: _____					
(1) Técnicas Invasivas: <u>APARATO DIGESTIVO:</u> Endoscopias; Laparoscopias; Biopsias <u>CARDIOLOGÍA:</u> 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. <u>NEFROLOGÍA:</u> Biopsias; Colocación de catéteres peritoneales; Diálisis. <u>NEUMOLOGÍA:</u> 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). <u>DERMATOLOGÍA:</u> Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía					

EXTRACTO DE LA PÓLIZA COLECTIVA

A.M.A. garantiza las indemnizaciones por daños y perjuicios económicos, causados a terceros por errores profesionales cometidos por el Asegurado en el ejercicio de su profesión.

PRESTACIONES DE A.M.A.

a) Indemnizaciones: El pago a que de lugar la responsabilidad civil asegurada.

b) Defensa: La defensa del Asegurado frente a las reclamaciones de responsabilidad civil objeto del seguro, aún las infundadas, comprendiendo el pago de las costas y gastos, judiciales o extrajudiciales, inherentes al siniestro.

Asesoramiento del asegurado cuando es requerido para declarar como testigo en procedimientos judiciales o declaraciones ante organismos públicos que tengan su fundamento con la actividad médica declarada en las condiciones particulares.

Asesoramiento en la elaboración de informes solicitados tanto por el juzgado o como por los diferentes organismos públicos, tengan su fundamento en actuaciones relacionadas con la actividad médica declarada en las condiciones particulares.

c) Fianza y Defensa Criminal: La defensa personal por abogados y procuradores designados por A.M.A., en los procedimientos criminales que se siguieran, aún después de liquidadas las responsabilidades civiles, siempre con el consentimiento del defendido. La constitución de la totalidad de la fianza que en causa criminal se les exigiera, para asegurar su libertad provisional o como garantía de las responsabilidades pecuniarias. El pago de todos los gastos judiciales que, sin constituir sanción personal, sobreviniera a consecuencia de cualquier procedimiento criminal que se les siguiera, incluyendo los gastos de defensa de A.M.A. Y En los procedimientos penales por imputación al Asegurado de delitos dolosos, supuestamente cometidos en el ejercicio de su actividad profesional, A.M.A. asumirá únicamente los gastos de defensa y representación en el caso de que recaiga sentencia absolutoria firme.

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. 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	4.000 €/mes. Máximo 24 meses (media salarial últimos 12 meses)
5.- Defensa Penal y Civil	Defensa Penal: Libre elección abogado: 6.010 € por siniestro Defensa Civil: Incluida, por abogados de la Entidad
6.- Protección de Datos	30.000.-€/siniestro y año. Franquicia por siniestro: 3.000.-€
7.- Protección Vidal Digital	Incluida
GARANTIA OPTATIVA	
8.- Devolución de Honorarios	3.000.- € por siniestro.

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 vía electrónica, para ofrecerles descuentos, ventajas o promociones de productos relativos al sector asegurador, salvo que indique expresamente lo contrario en la presente casilla . Le informamos que sus datos y los de eventuales siniestros podrán ser utilizados para la realización de encuestas de satisfacción y de calidad del servicio. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA Mutua de Seguros a Prima Fija, en su domicilio social, calle Vía de los Poblados nº 3 Edificio 4 Parque Empresarial Cristalía, C.P. 28033 Madrid.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

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, ASISA, INSALUD, Hospital de Poniente, Andújar, Montilla, Osuna, Marbella y Mugenat, así como Empresas Públicas y resto de entidades de titularidad pública o privada que cuenten con póliza de R.C. Profesional que actúe en primer tramo y con un capital asegurado mínimo de 901.518.-€).

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.
- * 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.
- * 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 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.

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). Para la Actividad Pública, tanto en exclusiva como en Mixta, los capitales asegurados se entenderán en exceso de **901.518.- €** de la cantidad resultante en caso de que esta cifra se viera mermada al existir más de un implicado y 1.500.000 € (exclusivamente profesiones S.A.S.). 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 asegurada 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.

LÍMITES DEFENSA PENAL Y CIVIL: Penal: Libre elección abogado: 6.010 € por siniestro. Civil: Incluida por abogados de la Entidad.

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.
- 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.

Leído y Conforme:
EL ASEGURADO

Tomador: Colegio de Médicos de Córdoba
Nº Póliza: 530001246

- 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.- DELIMITACION GEOGRAFICA 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 30.000.-€ por siniestro, con una franquicia de 3.000.-€

PROTECCION 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.

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 ACTIVIDAD 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, Liposucción y Radiofrecuencia. **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:** Fotodépilación, 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 GENERALES A TODAS LAS COBERTURAS

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. 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.
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.
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.

Leído y Conforme:
EL ASEGURADO