

Colegio Oficial de Farmacéuticos

Secretaría

Ramón Albarrán, 15, bajo

06002 Badajoz

Muy Sr/a. mío/a:

Adjunto le envío los impresos necesarios para su colegiación. El impreso de *Designación de beneficiarios del Auxilio por Fallecimiento* podrá cumplimentarlo indicando “herederos legales” o en su defecto determinar nombre y apellidos de los beneficiarios.

La documentación que nos debe presentar junto con estos impresos cumplimentados son:

- 2 fotografías
- Fotocopia D.N.I.
- Título (homologado) o resguardo acreditativo del pago de Tasas (fotocopia).
- N°. de cuenta bancaria (20 dígitos). IBAN.
- Certificado de Vida Laboral (para las colegiaciones sin ejercicio).
- **Certificado de baja colegial** (en caso de haber estado colegiado/a con anterioridad en otra provincia).

El importe que nos debe abonar es el correspondiente a los Derechos de colegiación, que suponen 80€ (. (Serán eximidos del abono de los referidos derechos de colegiación, aquellos farmacéuticos que con anterioridad a la fecha de solicitud, ya hubieran estado colegiados en esta Corporación y justifiquen documentalmente haberlos abonado) y 30€ (cuota anual Fondo Auxilio por Fallecimiento). El pago del importe que corresponda nos lo deberá realizar por **ingreso/transferencia en la c/c n°.:** **ES22 2080 3578 8630 40012192** (indicando nombre y apellidos) y enviando justificante al Departamento de Secretaría de este Colegio.

Si tiene alguna duda o consulta puede ponerse en contacto con la Secretaría de este Colegio al teléfono 924 221840.

Sin otro particular reciba un saludo,

Fdo.: Juan Antonio Paulino García
(Departamento de Secretaría)

*A la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéuticos
de la Provincia de Badajoz*

D./D^a _____, natural de _____, provincia de _____, nacido el ____ de _____ de _____, y con domicilio particular en Calle/ Avda. _____ CP _____ en la localidad de _____, ante esa Junta,

EXPONE:

Que encontrándose en posesión del Título de _____ en Farmacia, expedido el ____ de _____ de _____, con Registro Nacional de Títulos _____ Código de Centro _____ y Registro Universitario de Títulos _____ (en su defecto indicar fecha del Pago de Tasas para expedición de título) _____ es por lo que

SOLICITA A ESA JUNTA, que previos los trámites que estime pertinentes, y teniendo en cuenta que ____ ha estado colegiado con anterioridad, acuerden concederme la colegiación en esta Provincia, para ejercer la profesión -----a cuyo efecto a compañía la documentación requerida.

Especialidades o Titulaciones sanitarias distintas a la de Farmacéutico/a

- Óptica Oftálmica
- Ortopedia
- Farmacia Hospitalaria
- Analista
- Otros (indicar).....

Tf. Móvil:

c/c nº.:

e-mail:

En Badajoz, a ____ de _____ de 2.02__

Fdo.:



Nota: antes de cumplimentar los datos que figuran en este impreso, lea detenidamente las instrucciones al dorso

FICHA COLEGIAL

Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

DATOS DE COLEGIACIÓN

Colegio Oficial de Farmacéuticos de **BADAJOS** Código **06600**

Alta Fecha ____ / ____ / ____

Baja 1 2 3 Fecha ____ / ____ / ____

Modificación 4 5 6 Fecha ____ / ____ / ____

Nº de colegiado _____ **Nº de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.)** _____

DATOS PERSONALES/PROFESIONALES (*)

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____ DNI o NIF: _____

(1) Tipo de vía: _____ Nombre de vía: _____ Núm: _____ Piso: _____ Prta: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ C. Postal: _____

(**) Teléfono: _____ (**) Fax: _____ (**) C. electrónico: _____

(**) Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha expedición título: ____ / ____ / ____

(**) Sexo: Hombre Mujer

(*) Los envíos postales y demás comunicaciones se remitirán a la dirección aquí indicada
(**) Estos datos no tienen carácter obligatorio

MODALIDAD/ES DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD (Señalar todas las que se ejerzan)

<input type="checkbox"/> 1) Oficina de Farmacia: titular único	<input type="checkbox"/> 12) Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal
<input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad	<input type="checkbox"/> 13) Alimentación
<input type="checkbox"/> 3) Adjunto	<input type="checkbox"/> 14) Industria
<input type="checkbox"/> 4) Sustituto	<input type="checkbox"/> 15) Distribución
<input type="checkbox"/> 5) Regente	<input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia
<input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas	<input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas
<input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> 18) Otras actividades
<input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 19) Jubilados
<input type="checkbox"/> 9) Optica Oftálmica, Optometría y Acústica Audiométrica	<input type="checkbox"/> 20) Parados
<input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia	<input type="checkbox"/> 21) Otras causas
<input type="checkbox"/> 11) Ortopedia	

} Sin ejercicio

COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS A LOS QUE HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____ hasta mes _____ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____ hasta mes _____ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____ hasta mes _____ de _____

Firma del Colegiado

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a los fines propios del mismo, como el envío de la revista "Farmacéuticos", difusión sobre publicaciones propias, congresos y cursos. Los datos se encuentran sometidos a lo dispuesto en la Ley orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en particular a lo dispuesto en sus arts. 3 j y 28, reguladores de datos incluidos en las fuentes de acceso público.

En caso de no autorizar la cesión de los presentes datos a empresas e instituciones relacionadas con el sector farmacéutico, tales como laboratorios de especialidades farmacéuticas y parafarmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de internet y operadores de telecomunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.



**DEPARTAMENTO DE SECRETARÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE
FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ:**

INFORME SOBRE CUOTAS COLEGIACIÓN. (2026)

Información completa en www.cofbadajoz.com

- Derechos de colegiación: 80€

El Colegiado deberá abonar los Derechos de colegiación junto con la documentación requerida en el momento de solicitar la colegiación independientemente de la modalidad de ejercicio que figure en la solicitud. (Serán eximidos del abono de los referidos derechos de colegiación, aquellos farmacéuticos que con anterioridad a la fecha de solicitud, ya hubieran estado colegiados en esta Corporación y justifiquen documentalmente haberlos abonado).

- Cuota Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz

- 1) Modalidad “con ejercicio”: 139 € semestrales que serán abonados por semestres vencidos.
- 2) Modalidad “sin ejercicio” o “doble colegiación con ejercicio en otra provincia” (cuota reducida): 70€ semestrales que de igual forma serán abonados por semestres vencidos.

(El importe del primer semestre se prorratea ajustándolo a los meses de colegiación efectiva, no estando obligado el colegiado al abono de la totalidad del semestre en curso).

Para la aplicación de la cuota reducida:

- Es requisito imprescindible estar inscrito en la **bolsa de trabajo colegial** y en búsqueda activa de empleo.
- Se aplicará siempre que en el semestre al cobro no se haya trabajado (cotizado con alta en la Seguridad Social un total de 90 días). Dicha circunstancia se acreditará con la aportación de **certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social, que el colegiado deberá presentar a la finalización de cada semestre** (si estima que tiene derecho a acogerse a la citada reducción). Si hubiese cotizado más de 90 días no se verá reducida.

- Designación Auxilio por Fallecimiento

Cuota obligatoria anual de 30€.

Los cargos de las cuotas correspondientes se realizan a semestre vencido. En julio se pasará el primer semestre y en enero el segundo semestre del año finalizado. (Fechas aproximadas).

El colegiado deberá informar al departamento de Secretaría del Colegio, cualquier cambio de su situación laboral, tanto altas, bajas o modificaciones de contrato, con el fin de que obre en su expediente y así facilitar la gestión de posibles trámites futuros, tales como certificados, cargos cuotas, notificaciones, etc.

Recibido colegiado N°.:

Firma: Nombre y Apellidos

(Ejemplar para el colegiado)

**DEPARTAMENTO DE SECRETARÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE
FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ:**

INFORME SOBRE CUOTAS COLEGIACIÓN. (2026)

Información completa en www.cofbadajoz.com

- Derechos de colegiación: 80€

El Colegiado deberá abonar los Derechos de colegiación junto con la documentación requerida en el momento de solicitar la colegiación independientemente de la modalidad de ejercicio que figure en la solicitud. (Serán eximidos del abono de los referidos derechos de colegiación, aquellos farmacéuticos que con anterioridad a la fecha de solicitud, ya hubieran estado colegiados en esta Corporación y justifiquen documentalmente haberlos abonado).

- Cuota Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz

3) Modalidad “con ejercicio”: 139 € semestrales que serán abonados por semestres vencidos.

4) Modalidad “sin ejercicio” (cuota reducida): 70€ semestrales que de igual forma serán abonados por semestres vencidos.

(El importe del primer semestre se prorratea ajustándolo a los meses de colegiación efectiva, no estando obligado el colegiado al abono de la totalidad del semestre en curso).

Para la aplicación de la cuota reducida:

- Es requisito imprescindible estar inscrito en la **bolsa de trabajo colegial** y en búsqueda activa de empleo.
- Se aplicará siempre que en el semestre al cobro no se haya trabajado (cotizado con alta en la Seguridad Social un total de 90 días). Dicha circunstancia se acreditará con la aportación de **certificado de vida laboral emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social, que el colegiado deberá presentar a la finalización de cada semestre** (si estima que tiene derecho a acogerse a la citada reducción). Si hubiese cotizado más de 90 días no se verá reducida.

- Designación Auxilio por Fallecimiento

Cuota obligatoria anual de 30€.

Los cargos de las cuotas correspondientes se realizan a semestre vencido. En julio se pasará el primer semestre y en enero el segundo semestre del año finalizado. (Fechas aproximadas).

El colegiado deberá informar al departamento de Secretaría del Colegio, cualquier cambio de su situación laboral, tanto altas, bajas o modificaciones de contrato, con el fin de que obre en su expediente y así facilitar la gestión de posibles trámites futuros, tales como certificados, cargos cuotas, notificaciones, etc.

Recibido colegiado N°.:

Firma: Nombre y Apellidos

(Ejemplar para el Colegio. Devolver firmado)

Designación de beneficiarios del Auxilio por Fallecimiento

D. /D^a.-----,
Farmacéutico/a, natural de-----, provincia
de -----, nacido/a el día-----del mes-----
del año-----, con domicilio actualmente en calle/plaza-----
-----, n^o.:-----, piso-----, puerta-----en la localidad de -----
-----, C.P.-----, provincia de -----
después de conocer y aceptar cuanto regula el “Auxilio por Fallecimiento de Colegiados
Farmacéuticos de la provincia de Badajoz”, declaro a todos los efectos legales, por
medio de este documento privado:

-Que es mi expresa voluntad que la cantidad de tres mil euros que hoy constituye
el Auxilio por Fallecimiento, o las cantidades que constituya dicho Auxilio superiores o
inferiores a la expresada suma por acuerdos que en el futuro puedan adoptarse
colegialmente, la percibirán a mi fallecimiento los siguientes beneficiarios:

1. Nombre y Apellidos del 1º beneficiario:

2. Para el caso de fallecimiento de éste, designo como nuevo beneficiario 2º a:

3. En defecto de estos últimos, designo a:

4. Herederos Legales (Marcar si es el caso)

Me reservo el derecho a poder cambiar esta designación, retirando la presente
declaración, cambio que no tendrá valor en tanto no obre en poder del Colegio con
anterioridad a mi fallecimiento.

Y para que conste firmo la presente en -----el día-----
del mes-----del año-----

El farmacéutico/a colegiado/a N^o.-----

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ

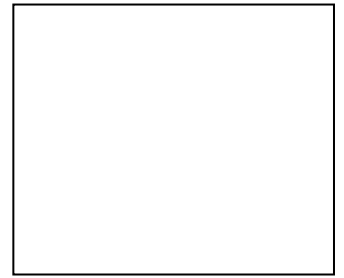
APELLIDOS-----

NOMBRE -----

Nº. COL. -----FECHA COLEGIACIÓN-----

D.N.I. -----

FIRMA



.....

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ PÓLIZA Nº 530001116-**

AÑO 2026

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: _____	
Area actividad profesional: Especialidad/es:					
OFICINA DE FARMACIA	<input type="checkbox"/>	ANALISIS Y CONT. MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	ANALISIS CLINICOS	<input type="checkbox"/>
BIOQUIMICA CLINICA	<input type="checkbox"/>	FARMACIA HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	FARMACIA INDUSTRIAL Y GALENICA	<input type="checkbox"/>
FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL	<input type="checkbox"/>	GENETICA	<input type="checkbox"/>	MICROBIOLOGIA INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	<input type="checkbox"/>	RADIOFARMACIA	<input type="checkbox"/>	SANIDAD AMBIENTAL/SALUD PUBLICA	<input type="checkbox"/>
TECNOLOGIA E HIGIENE ALIMENTARIA	<input type="checkbox"/>	TOXICOLOGIA EXPERIMENTAL/ANALISIS	<input type="checkbox"/>	INMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/>
OTROS: _____	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Privada	Centro de Trabajo _____				
<input type="checkbox"/> Publica	Centro de Trabajo _____				
Capital asegurado: 300.506 €					
FECHA ADHESIÓN A PÓLIZA: _____					

RESUMEN DE GARANTÍAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

GARANTÍAS BÁSICAS	LÍMITES ASEGURADOS Y FRANQUICIAS
1.- Responsabilidad Civil Profesional	100% Capital asegurado por siniestro.
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
Daños a expedientes:	
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.- Protección de Datos	150.000.-€/siniestro y año. Franquicia por siniestro: 3.000.-€
6.- Protección Vidal Digital	Incluida
7.- Asistencia Psicológica	Incluida

Leído y Conforme:
EL ASEGURADO

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLES	<p>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.</p>
FINALIDADES PRINCIPALES	<p>A.M.A. tratará sus datos personales con las siguientes finalidades principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta del nuevo mutualista y gestión de la relación contractual entre A.M.A. y el interesado. Con base en la ejecución del contrato - Gestión y tramitación de los siniestros que el mutualista pueda sufrir o causar. Con base en la ejecución del contrato. - Tratamiento de datos de asegurados y beneficiarios cuyos datos personales has sido facilitados por el mutualista. Con base en la ejecución del contrato. - Realización de peritaciones, valoraciones y verificaciones necesarias para cuantificar las indemnizaciones y/o la asistencia sanitaria, pudiendo tratar datos de salud. Con base en la ejecución del contrato y para el cumplimiento de las obligaciones legales aplicables para A.M.A: como aseguradora. <p>Para la prestación de estos servicios A.M.A: cuenta con proveedores que actúan como encargados del tratamiento, quienes tendrán acceso a estos datos para poder prestar el servicio encomendado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación de los datos del mutualista a entidades reaseguradoras y coaseguradoras. En base a una obligación legal. - Comunicación mutua de datos en el sector asegurador. Con base a un interés legítimo (más información sobre el interés legítimo de A.M.A en la información adicional). Le informamos que A.M.A. está adherida al Convenio entre entidades aseguradoras para el recobro de daños diversos y reclamación de daños suscritos por UNESPA. - Prevención del fraude. Con base a un interés legítimo (más información sobre el interés legítimo de A.M.A: en la información adicional), pudiendo consultar ficheros comunes del sector asegurador. - Ofrecimiento de productos y servicios relacionados con los contratados por el mutualista según el perfil realizado con los datos facilitados por el mutualista y los que se generan en la prestación del servicio. En satisfacción de intereses legítimos de A.M.A. (mas información sobre el interés legítimo de A.M.A. en la información adicional) - Completar el perfil del mutualista con datos obtenidos de fuentes externas (empresas de geomarketing, redes sociales, fuentes accesibles al público...). Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado. - Alta del mutualista en el Club A.M.A. Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado. <p>Finalidades restantes: apartado II de la <u>información adicional</u>.</p>
PROCEDENCIA	<p>A.M.A. tratará los datos facilitados por el mutualista en la presupuestación del seguro correspondiente.</p> <p>En su caso, A.M.A. podría haber recibido la información personal del mutualista de la correduría/mediadora de seguros con la que haya contratado la póliza de A.M.A.</p> <p>Para la gestión de siniestros, podremos recibir información de profesionales sanitarios, centros médicos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado u organismos similares.</p> <p>Para la finalidad relativa a la elaboración de un perfil comercial se obtendrán datos de entidades de Geomarketing o dedicadas a la obtención de información de autónomos o profesionales. Estos datos personales son extraídos de redes sociales, fuentes accesibles al público (Registro Mercantil, Catastro, etc.).</p>
DERECHOS	<p>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 siguiendo las instrucciones del presente apartado. Del mismo modo, podrá oponerse a la recepción de comunicaciones comerciales sobre productos relacionados con los contratados siguiendo las instrucciones del presente apartado.</p>
INFORMACIÓN ADICIONAL	<p>Puede consultar la información adicional: solicitándolo mediante correo electrónico a: protecciondedatos@amaseguros.com</p> <p>Esta información así como cualquier actualización o modificación de la misma puede consultarla en el apartado de protección de datos de la web www.amaseguros.com</p>

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

Fecha: ____ / ____ / ____

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 el Asegurado, no pueden exceder del tope previsto en la póliza para dicho objeto. 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. Si el Asegurado fuera condenado en un procedimiento criminal, A.M.A. resolverá sobre la conveniencia de recurrir ante el Tribunal Superior competente. A.M.A. estimara improcedente el recurso, lo comunicará al interesado, quedando este en libertad de interponerlo, pero por su exclusiva cuenta, debiendo A.M.A. reembolsar los gastos que se hayan producido con motivo de los mismos, si el Asegurado obtuviese un resultado más beneficioso al de la instancia anterior. No responderá A.M.A. de multas o sanciones de cualquier naturaleza.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.- Para las garantías de Responsabilidad Civil Profesional y Patronal, 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.- 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.

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 hasta 12 meses después de concluido el seguro o de la fecha de baja del Asegurado en el mismo.

Exclusiones: Quedan excluidas aquellas reclamaciones que estén cubiertas bajo el condicionado de cualquier otra póliza.

EXCLUSIONES RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

- * Utilización de aparatos de Rayos X o similares, con fines terapéuticos o de exploración, así como por la utilización de otras sustancias radiactivas.
- * La responsabilidad exigible al fabricante o suministrador de los productos vendidos por el Asegurado, salvo que hayan sido directamente elaborados por éste, mediante la correspondiente receta médica en los casos en que ésta sea preceptiva.
- * Daños ocasionados por productos farmacéuticos cuya venta no este autorizada por la Autoridad correspondiente.
- * Sustitución de otros farmacéuticos que no estén debidamente autorizados, así como la responsabilidad profesional exigida al farmacéutico sustituido.
- * Los actos dolosos o derivados del incumplimiento voluntario de las normas legales, éticas o profesionales exigibles en la práctica profesional.
- * 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, aun cuando trabaje a las órdenes del Asegurado.
- * Responsabilidad derivada del empleo de personas que ejerzan como farmacéuticos y, sin embargo, no posean el correspondiente título.

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

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

EXCLUSIONES DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE EXPLOTACIÓN 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

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.

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.

Leído y Conforme:
EL ASEGURADO

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.

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

Se conviene expresamente que la cobertura de la presente garantía 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.

5.6.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

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

5.7.- 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 150.000.- € por siniestro y año, con una franquicia de 3.000.-€

PROTECCIÓN VIDA DIGITAL:

2.- Quedan excluidos ulteriores procedimientos ante la AEPD y la vía judicial contencioso-administrativa.

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

5.- Limitaciones: el servicio cuenta con una limitación de 2 cancelaciones al año por asegurado.

ASISTENCIA PSICOLOGICA:

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

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.
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