ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

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).
- Nº. 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), y recibo o certificado del pago de los *Derechos de colegiación* si los hubiera abonado, que lo habrá hecho en caso de haber estado ejerciendo en la provincia de la colegiación.

El importe que nos debe abonar es el correspondiente a los Derechos de colegiación, que suponen 75€ (estaría exento/a del pago presentando el recibo o certificado anteriormente indicado) 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 nº.: 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. Ext.: 2215/2224

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER REMITIDA AL DEPARTAMENTO DE SECRETARÍA COLEGIAL VÍA MAIL (cofbadajoz@redfarma.org), POR CORREO CERTIFICADO O PERSONALMENTE EN LA SEDE COLEGIAL:

,c/ Ramón Albarrán, 15, bajo. Badajoz

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

D./Dª _____,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 acompaño la documentación requerida.

En Badajoz, a _____ de _____de 2.02__

Fdo.:

Tf. Móvil:

c/c nº.:

e-mail:

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

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 BADAJOZ Código 06600

Alta [X] 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)

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

} 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.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. C/. Villanueva, 11 6ª - Teléfono 91 431 25 60 - 28001 Madrid - Fax: 91 576 39 05 - C. electrónico: congral@redfarma.org

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ

APELLIDOS----------

NOMBRE ----------

Nº. COL. ----------FECHA COLEGIACIÓN----------

D.N.I. ----------

FIRMA

…….

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

DEPARTAMENTO DE SECRETARÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ:

INFORME SOBRE CUOTAS COLEGIACIÓN. (2024)
Información completa en www.cofbadajoz.com

- Derechos de colegiación: 75€

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 aquellos colegiados que procedan de cualquiera otra provincia y justifiquen documentalmente haberlos abonado en el Colegio de procedencia).

- Cuota Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz

1) Modalidad "con ejercicio": 139 € semestrales que serán abonados por semestres vencidos.

2) 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 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 Nº.: Firma: Nombre y Apellidos

(Ejemplar para el colegiado)

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

DEPARTAMENTO DE SECRETARÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ:

INFORME SOBRE CUOTAS COLEGIACIÓN. (2024)
Información completa en www.cofbadajoz.com

- Derechos de colegiación: 75€

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 aquellos colegiados que procedan de cualquiera otra provincia y justifiquen documentalmente haberlos abonado en el Colegio de procedencia).

- 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 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 Nº.: Firma: Nombre y Apellidos

(Ejemplar para el Colegio. Devolver firmado)

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

Designación de beneficiarios del Auxilio por Fallecimiento

D. /Dª.----------,

Farmacéutico/a, natural de----------, provincia de ----------, nacido/a el día---------del mes---------- del año----------, con domicilio actualmente en calle/plaza---------- ----------, nº.:----------, 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 Nº.----------

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

BOLETÍN DE INCLUSIÓN EN LA BOLSA DE TRABAJO PARA FARMACÉUTICOS DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ

NOMBRE:

APELLIDOS:

Nº. COLEGIADO/A:

OBSERVACIONES: (Disponibilidad, Tiempo completo/parcial, Zona o localidad de preferencia, etc.).

Fdo.:

* *Autorizo a que los datos consignados en este boletín se cedan a las farmacias, empresas u otras entidades ofertantes de empleo.*

Si ☐

No ☐

✂ ----------

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

AÑO 2024

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? ☐ No ☐ Si Compañía: _____

¿Ha tenido reclamaciones anteriores? ☐ No ☐ Si Año: _____

Área actividad profesional: Especialidad/es:

OFICINA DE FARMACIA	☐	ANALISIS Y CONT. MEDICAMENTOS	☐	ANALISIS CLINICOS	☐
BIOQUIMICA CLINICA	☐	FARMACIA HOSPITALARIA	☐	FARMACIA INDUSTRIAL Y GALENICA	☐
FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL	☐	GENETICA	☐	MICROBIOLOGIA INDUSTRIAL	☐
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	☐	RADIOFARMACIA	☐	SANIDAD AMBIENTAL/SALUD PUBLICA	☐
TECNOLOGIA E HIGIENE ALIMENTARIA	☐	TOXICOLOGIA EXPERIMENTAL/ANALISIS	☐	INMUNOLOGÍA	☐
OTROS: _____	☐				

☐ **Privada** **Centro de Trabajo** _____

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

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 Asegurador, 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 asegurado por siniestro.
* Daños por agua, como consecuencia de rotura u obstrucción de tuberías o depósitos, quedando limitada esta garantía al 5% de la suma asegurada por siniestro.
* Daños a expedientes: 300.-€/expediente, 10% capital asegurado por siniestro

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 60.000.- € por siniestro, 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