

FICHA COLEGIAL

Nº COLEGIADO/A:

NOMBRE: PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO: D.N.I.:

DOMICILIO PARTICULAR:

DIRECCIÓN Nº PISO

PTA. POBLACIÓN PROVINCIA

C.P. TFNO. MÓVIL

SOLICITA ser inscrito en el Colegio de su digna Presidencia como farmacéutico:

SIN EJERCICIO CON EJERCICIO

EMPRESA Nº DE S.O.E.

EJERCICIO EN LA ACTIVIDAD

DIRECCIÓN Nº C.P.

POBLACIÓN PROVINCIA TF.

MODALIDAD DE EJERCICIO

FECHA DE NACIMIENTO /..... /..... NATURAL DE

PROVINCIA SEXO: HOMBRE MUJER

FORMA DE COLEGIACIÓN: TÍTULO TASAS

FECHA TERMINACIÓN CARRERA /..... /..... FECHA EXPEDICIÓN TÍTULO /..... /.....

UNIVERSIDAD

PERTENECIÓ ANTERIORMENTE A ESTE COLEGIO: SI NO

PROCEDE DEL COLEGIO DE (1)

(1) Deberán acompañar el correspondiente certificado de baja de dicho colegio.

FECHA Y FIRMA: Toledo,

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TOLEDO

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL COLEGIADO

Identidad del Responsable del Tratamiento: Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Toledo

Dirección postal: C/ Duque de Lerma 13 45004 Toledo

Email: coftoledo@redfarma.org

Teléfono: 925 228 312

Delegado de Protección de Datos: dpocoftoledo@coftoledo.com

Al solicitarnos su colegiación en este colegio profesional, le informamos que trataremos sus datos **al existir una obligación legal y cumplimiento de una misión de interés público**, bajo las **finalidades imprescindibles de gestión de servicios colegiales** (de conformidad con lo establecido en sus estatutos), gestionar su solicitud de incorporación, gestión administrativa, comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en este colegio profesional para la colegiación, regular la profesión de farmacéutico, ejercitar la potestad disciplinaria, velar por los derechos y el cumplimiento de los deberes de los colegiados, elaborar y exponer en su caso el censo electoral en las elecciones a la junta de gobierno (cuando proceda), cobro de cuotas colegiales así como otras finalidades administrativas relacionadas. Sus datos se tratarán según lo previsto en la normativa de colegios profesionales (art. 5 de la Ley 2/1974) y lo previsto en los estatutos de esta entidad (accesibles en www.coftoledo.com). Este tratamiento de datos **es imprescindible en su relación con el colegio**, por lo que la información solicitada es obligatoria e impediría su colegiación en caso de negarse a proporcionarla. El tratamiento lo basamos en la existencia de un cumplimiento de deber público con base a la normativa indicada, que el colegio asume como corporación de derecho público.

Los destinatarios de los datos, aparte del propio colegio, son todas aquellas entidades integrantes de la organización colegial, organismos administrativos relacionados con el ejercicio profesional (administración del estado, administración autonómica, juzgados, tribunales...) y entidades que nos prestan servicios imprescindibles para una correcta gestión administrativa y diaria (bancos para domiciliación de cuotas y cargos, para el pago de servicios, gestores fiscales, empresas de servicios informáticos, etc...). En los casos que resulte obligatorio, el colegio ha regularizado los correspondiente contratos de privacidad con las entidades contratistas que prestan servicios. En particular, se le informa de la incorporación de sus datos profesionales (nombre, apellido, número de colegiado, dirección profesional) a los listados de profesionales que en cumplimiento con la legislación vigente este colegio actualiza periódicamente, listados que podrán ser consultados a través del sitio web colegial (sección "ventanilla única - colegiados" dentro del sitio web www.coftoledo.com). Los datos proporcionados también podrán tratarse por el Consejo Regional de Colegios Oficiales de Castilla La Mancha, con sede en Calle Italia 113, 45005, Toledo, para determinadas tareas relacionadas con la gestión del sistema de receta electrónica así como gestión colegial, según documento que se le presentará a su firma, y por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para determinadas tareas relacionadas con la profesión (Calle de Villanueva, 11 7ª Planta, 28001 Madrid, en relación a la adhesión a "Portalfarma" en relación a la actualización de la base de datos de colegiados farmacéuticos que mantiene la mencionada entidad, según documento que igualmente se acompañará a su solicitud de colegiación. Además, le informamos que este colegio tiene determinados acuerdos con empresas aseguradoras (particularmente como Agrupación Mutual Aseguradora en relación al seguro de responsabilidad civil o Previsión Sanitaria Nacional). Le informamos que no es obligatoria la adhesión a los mismos (si bien, sí es obligatoria la suscripción de un seguro de responsabilidad civil). En todo caso, estas cesiones de datos se entenderán autorizadas por el colegiado al adherirse al correspondiente acuerdo o boletín de adhesión que en su caso estas compañías le presenten a su firma. Lógicamente, el colegio no será responsable de los tratamientos de datos que realicen estas entidades y únicamente, al ser tomador del seguro, trasladará los datos a las entidades respectivas, siguiendo sus instrucciones, a través de un medio seguro si procede a la firma de los documentos que en su caso estas compañías le presenten.

Por parte de este colegio, conservaremos sus datos durante el tiempo en que se mantenga su condición de colegiado, manteniéndose posteriormente en la medida en que exista obligación legal (ej., 5 años según art. 1964 del Código Civil -acciones personales sin plazo especial- o hasta 6 años según Ley General Tributaria -facturación- 10 años según normativa de prevención de blanqueo de capitales). No obstante, determinadas informaciones podrán conservarse de forma indefinida, con fines históricos o con fines de archivo fundamentadas en la existencia de un interés público, con las debidas normas de seguridad.

En cualquier momento tiene derecho a obtener confirmación sobre si en esta entidad estamos tratando datos personales que le conciernen o no, acceder a los mismos, solicitar la rectificación de los datos inexactos, solicitar su supresión cuando considere que los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, solicitarnos la limitación del tratamiento (en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones) así como oponerse a su tratamiento. Por tanto, se le reconocen sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento, oposición al tratamiento y a la portabilidad de los datos y para tal fin, le informamos que esta entidad ha elaborado unos formularios específicos (que están a su disposición y que puede solicitar). No obstante, en cualquier momento puede dirigirse al responsable (los datos figuran en el encabezamiento de este documento) o al delegado de protección de datos y remitirnos una petición con su nombre, apellidos, fotocopia de su dni -para acreditar su identidad- e indicarnos un domicilio a efecto de notificaciones. En los casos en los que se solicite el consentimiento, podrá negarse a proporcionarlo en cualquier momento, si bien ello no afectará a la licitud de los tratamientos producidos hasta ese momento. En todo caso, si considera que estos derechos no se han satisfecho convenientemente por nuestra parte, le informamos que puede presentar una reclamación ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos, Jorge Juan 6, 28001, Madrid, o ante su sede electrónica <https://sedeagpd.gob.es>). El ejercicio de estos derechos es gratuito.

Adicionalmente, le informamos que trataremos sus datos relacionados con el envío periódico de información general profesional, así como la información relacionada con la información colegial (que estamos obligados a proporcionarle en determinadas ocasiones, como información relacionada con juntas generales ordinarias o extraordinarias, según se detalla en los estatutos de este colegio profesional o información profesional relacionada como modificaciones en los conciertos con las mutualidades, información sanitaria de interés relacionada etc.). Este tratamiento de datos se fundamenta en la existencia de un interés público relacionado con la profesión de farmacéutico y adicionalmente se basa en la existencia de la relación contractual de este colegio con Vd., al asumir los compromisos existentes en sus estatutos de forma directa por el hecho de colegiarse.

No obstante, le solicitamos a continuación su consentimiento para el tratamiento de sus datos en relación al envío de otros comunicados de carácter comercial (sin perjuicio de lo dispuesto en el anterior punto):

() El **colegiado autoriza, a través de la marcación de esta casilla**, la recepción de comunicaciones de este colegio con información de interés comercial con su profesión, como la firma de convenios u ofertas específicas que nos hagan llegar, a través de los medios proporcionados incluyendo medios electrónicos (email).

En relación a esta última finalidad comercial, los datos serán tratados sobre la base jurídica del consentimiento dado. Puede retirar dicho consentimiento en cualquier momento, si bien ello no afectará a la licitud de los tratamientos efectuados con anterioridad. La entrega de sus datos para la remisión de comunicaciones comerciales no es obligatoria. En cualquier momento el colegiado puede oponerse a dicho tratamiento a través de los medios habituales que proporciona el colegio, que se indicarán en cada comunicado.

A continuación, le solicitamos el consentimiento en relación a la acreditación de títulos:

() El **colegiado autoriza, a través de la marcación de esta casilla**, la consulta por parte de este colegio al registro de títulos, dependiente de la Subsecretaría de Educación, Cultura y Deporte, de los datos relacionados con los títulos universitarios expedidos (al respecto, la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, requiere de la posesión del correspondientes título oficial que habilite expresamente para su ejercicio)

En relación a esta última finalidad, los datos serán tratados sobre la base jurídica del consentimiento dado. Puede retirarse dicho consentimiento en cualquier momento, si bien ello no afectará a la licitud de los tratamientos efectuados con anterioridad. La consulta por parte de este colegio de sus títulos no es obligatoria, si bien en su caso deberá aportar documentación justificativa apropiada, a juicio de este colegio, de estar al corriente de los títulos que se le exigen para ejercer la profesión.

D.....con DNI/NIF.....declaro haber sido informado en relación a los tratamientos de mis datos personales indicados en este documento y en su caso haber consentido el tratamiento, bajo las finalidades que en el mismo se señalan.

Firma:

Fecha:

INFORMACION EN RELACION AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES POR PARTE DEL COFCAM

Identidad del Responsable del Tratamiento: Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha **Dirección postal:** Italia 113, 45005, Toledo **Email:** cofcam@redfarma.org

Delegado de Protección de Datos: dpo@cofcam.es

El interesado es informado sobre el tratamiento de sus datos personales, que se incluirán en registros de esta entidad, con finalidades diversas entre las que se encuentran **la correcta gestión del sistema de receta electrónica (gestión administrativa, resolución de incidencias, envío de información relevante en relación al sistema de receta electrónica, etc), el cumplimiento de obligaciones legales a las que estemos obligados, el envío de comunicadores informativos del consejo y la correcta facturación, contabilidad y gestión fiscal.** Trataremos sus datos durante el tiempo en que se mantenga su condición de colegiado como colegiado de su colegio profesional, conservándose posteriormente en la medida en que exista obligación legal (ej., 5 años según art. 1964 del Código Civil -acciones personales sin plazo especial-). Los datos podrán tratarse también por las empresas y entidades que participan en la gestión del sistema de receta electrónica con las que el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha ha firmado los correspondiente contratos de encargado de tratamiento en relación al tratamiento de los mismos (proveedoras de servicios tecnológicos como Datinza, Telefónica Soluciones de Informática y Comunicaciones de España S.A.U., Sescam, Agencia de Tecnología y Certificación Electrónica). En relación al cobro de los servicios devengados por este servicio, el mismo podrá realizarlo el colegio profesional del cual Vd. es colegiado, tratando sus datos el citado colegio para proceder al pago. Trataremos sus datos al existir una obligación legal, en cumplimiento con lo dispuesto en los estatutos y también en cumplimiento de una misión de interés público (en base a la normativa farmacéutica).

Particularmente, le informamos que sus datos profesionales (nombre, apellido, dirección profesional) **serán publicados en el sitio web www.cofcam.es** (sección “ventanilla única”) por obligación legal y en el ejercicio de competencias de interés público del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha. Con la firma de este documento, el interesado es informado en relación a este tratamiento, destinándose los mismos a dar cumplimiento a la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Los datos podrán tratarse también por las empresas y entidades que participan en la gestión del citado sitio web, con las que el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha ha firmado los correspondiente contratos de encargado de tratamiento en relación al tratamiento de los mismos (proveedoras de servicios tecnológicos, desarrollador web, etc). También se conservarán en la medida en que se mantenga su condición de colegiado en algunos de los colegios oficiales de farmacéuticos de la comunidad autónoma de Castilla La Mancha, manteniéndose posteriormente con adecuadas medidas de seguridad en la medida en que exista previsión legal al respecto.

En cualquier momento tiene derecho a obtener confirmación sobre si en esta entidad estamos tratando datos personales que le conciernen o no. Tiene derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos. En determinadas circunstancias, podrá solicitarnos la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones. Por tanto, se le reconocen sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento, y a la portabilidad de los datos y para tal fin, le informamos que esta entidad ha elaborado unos formularios específicos (que están a su disposición y que puede solicitar). No obstante, en cualquier momento puede dirigirse al Responsable del Tratamiento o al Delegado de Protección de Datos (los datos figuran en el encabezamiento de este documento) y remitirnos una petición con su nombre, apellidos, fotocopia de su dni -para acreditar su identidad- e indicarnos un domicilio a efecto de notificaciones. En todo caso, si considera que estos derechos no se han satisfecho convenientemente por nuestra parte, le informamos que puede presentar una reclamación ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos, Jorge Juan 6, 28001, Madrid, o ante su sede electrónica <https://sedeagpd.gob.es>).

D.....
con DNI/NIF.....declaro haber sido informado de lo dispuesto en este documento en relación al tratamiento de mis datos personales que se destinarán a las finalidades indicadas en el **subrayado** del mismo.

Firma:

Fecha:

D/D^a _____

Nº Colegiado/a _____

Estimados Señores:

Les ruego tomen nota para que en lo sucesivo y hasta nueva orden, los recibos de cuotas colegiales se descuenten en el nº IBAN que a continuación les detallo:

Nº IBAN																							

Reciban un cordial saludo.

Firmado:

_____, _____ de _____ de 2.0____

SR/A TESORERO/A DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TOLEDO

NOTIFICACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVIÓ DE CIRCULARES E INFORMACIÓN GENERAL

D/D ^a _____
DNI _____
Nº Colegiado/a _____

SOLICITA:

Que las circulares e información de carácter general del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Toledo y las notificaciones de Datinza le sean enviadas a la siguiente dirección de correo electrónico: (marcar una sola opción)

La asignada por el Colegio (_@coftoledo.com)

Al siguiente e-mail: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firmado:

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TOLEDO PÓLIZA Nº 530001066 –**

AÑO 2022

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:					
<input type="checkbox"/> OFICINA DE FARMACIA	<input type="checkbox"/> ANALISIS Y CONT. MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ANALISIS CLINICOS	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> BIOQUIMICA CLINICA	<input type="checkbox"/> FARMACIA HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/> FARMACIA INDUSTRIAL Y GALENICA	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL	<input type="checkbox"/> GENETICA	<input type="checkbox"/> MICROBIOLOGIA INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	<input type="checkbox"/> RADIOFARMACIA	<input type="checkbox"/> SANIDAD AMBIENTAL/SALUD PUBLICA	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> TECNOLOGIA E HIGIENE ALIMENTARIA	<input type="checkbox"/> TOXICOLOGIA EXPERIMENTAL/ANALISIS	<input type="checkbox"/> INMUNOLOGÍA	<input type="checkbox"/>		
OTROS: _____ <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Privada	Centro de Trabajo _____				
<input type="checkbox"/> Publica	Centro de Trabajo _____				
Capital asegurado:		300.507 €			
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	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	<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 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	<p>A.M.A. comunicará sus datos personales a las siguientes entidades y organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Más información: apartado III de la información adicional.</p>
PROCEDENCIA	<p>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...</p> <p>Más información: apartado IV de la información adicional.</p>
PERIODO DE CONSERVACIÓN	<p>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.</p> <p>Más información: apartado V de la información adicional.</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.</p> <p>Más información: apartado VII de la información adicional.</p>
INFORMACIÓN ADICIONAL	<p>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.</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 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.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.- Modificando lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza, para la garantía 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.- Modificando lo indicado en las Condiciones Generales, para la garantía de Responsabilidad Civil Profesional, se conviene expresamente entre las partes, que la cobertura del presente contrato queda limitada exclusivamente para aquellos daños objeto de este seguro, cuyas reclamaciones se presenten a A.M.A. 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 24 meses después de concluido el seguro.

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, aún 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.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

- 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 cubiertas 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.
- 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 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.

5.6.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

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

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**

D/D^a _____

DNI _____

Nº Colegiado/a _____

Habiendo sido informado/a de la obligatoriedad para todos los profesionales que ejerzan la actividad sanitaria (art. 46 de la Ley 44/2003) de contratar un seguro de responsabilidad civil y de la póliza de Responsabilidad Civil que existe en ese Colegio contratada con **A.M.A. (Agrupación Mutua Aseguradora)**, les comunico que **no deseo suscribirme**.

En _____, a _____ de _____ de 2.0____

FIRMA:

ILMO. COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TOLEDO