

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÁCERES PÓLIZA Nº 530001184 –**

AÑO 2020

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 N°	
¿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"/>		
<input type="checkbox"/> OTROS: _____	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Privada	Centro de Trabajo _____				
<input type="checkbox"/> Publica	Centro de Trabajo _____				
Capital asegurado: 300.000 €					
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	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: <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	A.M.A. comunicará sus datos personales a las siguientes entidades y organismos: <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. 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 .

Mediante la firma del presente formulario, el interesado acepta que sus datos sean tratados para la finalidad que indicamos a continuación, salvo que marque "NO".

Fdo.: _____

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 NO

**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.- 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.

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.

**Leído y Conforme:
EL ASEGURADO**

- 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**

Ramo:	N.º Póliza:	Alta: <input type="checkbox"/>	Suplemento: <input type="checkbox"/>	C. Tomador:
Cod. Gestor:	Cod. Comercial:	Cod. Tramitador:		
Fecha Efecto:	Horas del:	Fecha de vencimiento:		
Forma de Pago:	Duración:	N.º Mutualista:		

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

TIPO MUTUALISTA:

Nombre	1º Apellido	2º Apellido
Nombre Sociedad		
Domicilio		
Localidad	Provincia	C.P.
Fecha Nacimiento	N.I.F./C.I.F.	Profesión/ Actividad
Tfno. Fijo	Tfno. Móvil	Tipo Centro
Correo Electrónico		

DATOS BANCARIOS

Pagador Alternativo
(Nombre y Apellidos si existe)

C.C.C.	Código	Sucursal	D.C.	N.º Cta.
Banco / Caja		Domicilio		
Localidad	Provincia	C.P.		

DATOS DEL ASEGURADO/S

Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	N.I.F.:	
Dirección:		Tfno:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	
Beneficiarios	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	N.I.F.:	
Dirección:		Tfno:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	
Beneficiarios	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	N.I.F.:	
Dirección:		Tfno:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	
Beneficiarios	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:
	Apellidos y Nombre:	%:	N.I.F.:

CUADRO DE GARANTÍAS Y PRIMAS

MODALIDADES		Nº PERSONAS	SITUACIÓN DEL RIESGO		Pr. Neta
<input type="checkbox"/>	MULTIRRIESGO DE VIAJE EN VACACIONES (Máximo 90 días consecutivos de viaje)				
<input type="checkbox"/>	MULTIRRIESGO DE VIAJE POR ESTUDIOS (De 1 a 12 meses de viaje)		Europa	Resto del Mundo	
	<input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Privada en Viaje				
<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA FAMILIAR EN VIAJE	Días			
		15			
		30			
		45			
		60			
					PRIMA NETA

PRIMA DEL SEGURO

	PRIMA NETA	IMPUESTOS	TOTAL RECIBO
PRIMER RECIBO			

El que suscribe declara haber contestado, conforme a la verdad, la solicitud-cuestionario precedente, la cual forma parte integrante de las bases del contrato.

El Tomador autoriza expresamente a **A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija**, en su condición de Responsable del Fichero, a tratar sus datos personales en un fichero debidamente protegido e inscrito en la AEPD, con la finalidad de llevar a cabo la cotización de la prima de su seguro y la viabilidad del mismo, incluyendo la consulta a ficheros comunes de tarificación y selección de riesgos, así como posibles operaciones de coaseguro y reaseguro. Igualmente en los casos de cuestionarios de salud, se consiente expresamente la comunicación de los datos únicamente a efectos de la valoración del riesgo y cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales. El Tomador garantiza disponer de todas las autorizaciones necesarias para la comunicación a **A.M.A.** de datos personales relativos a los beneficiarios, asegurados u otros terceros, adscritos a la solicitud contractual solicitada. Sus datos serán utilizados, además para el envío de comunicaciones comerciales, incluidos por correo electrónico y SMS incluso aunque el seguro no sea contratado, para ofrecerles descuentos, ventajas o promociones de productos relativos al sector asegurador, salvo que indique expresamente lo contrario en la presente casilla Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero, en su domicilio social que se indica en el encabezamiento.

En _____ a las _____ del _____ de _____ de 20____
LA ENTIDAD EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

LA ENTIDAD

EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO



Seguro de Accidentes

Solicitud de Contratación

Código gestor:	
Fecha de efecto:	
Nº operación:	

Tomador/Asegurado:		Nº Póliza:	
Apellidos:		Nº de Mutualista:	
Nombre:		N.I.F.:	
Domicilio:		Población:	
C.P.:	Provincia:	Teléfono/s: /	
E-Mail:		Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Profesión:		Especialidad:	
Nacionalidad:		Estado Civil:	Nº de hijos:

Cobertura:
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: 3.000 €
Duración de la cobertura 1 año.

Declaración Jurada del Tomador:
Por la presente declara bajo juramento que:
<input type="checkbox"/> Estoy en posesión de la titulación universitaria de _____ la actividad profesional que desarrollo al día de la fecha y que es origen de mis fondos patrimoniales es la siguiente: _____
Declaro ser en relación con el Mutualista nº _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Viudo/a
<input type="checkbox"/> Soy persona, familiar muy próximo o reconocido como allegado con responsabilidad pública (que desempeña o ha desempeñado funciones públicas importantes: cargos en la Administración, empresas públicas, etc.). Art. 14 Ley 10/2010

Declaración de Salud:		
Nombre:	Profesión:	
Ocupación/Especialidad:	¿Es Zurdo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Talla: _____ cm	Peso: _____ kg.	Tensión Arterial: Sistólica: _____ Diastólica: _____
Consumo diario de: Cerveza: _____	Vino: _____	Licores: _____ Tabaco: _____

	NO	SÍ
1º ¿Tiene alguna alteración FÍSICA, ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica? Declare fechas y causas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º ¿Tiene o ha tenido alguna alteración PSÍQUICA o ha tomado medicación para la ansiedad, depresión, etc. en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º ¿Le ha sido concedida la invalidez en alguna de sus modalidades o ha estado de baja más de 30 días en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a pruebas médicas especiales del tipo de la ergometría, biopsia, scanner, marcadores hepáticos, serología VIH, pruebas de función renal o respiratoria, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º ¿Ha padecido, padece o se ha sospechado que padeciese alguna enfermedad cardiaca, cerebrovascular, renal, respiratoria, neurológica, hepática, de transmisión sexual, SIDA, cáncer, diabetes, hipertensión o alguna otra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º ¿Mantiene algún riesgo en el desarrollo de su profesión: manipulación de sustancias peligrosas, realización de experimentos de laboratorio, trabajo con corriente eléctrica de 250 voltios o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º ¿Aproximadamente cuántos Kms conduce al año?: _____		

Designación de Beneficiarios: (En caso de designación personalizada o beneficiarios en su defecto usar el formulario PL0007)
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto los hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos por partes iguales <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Designación nominal. N.I.F.: _____ Especifique nombre completo: _____

(En caso de no designación, se estará a lo dispuesto en el orden de prelación excluyente determinado en las Condiciones Generales).

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Tomador proporciones pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión de la Póliza de Seguro. Asimismo, le informamos de la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de su actividad aseguradora o por razones de coaseguro o reaseguro. Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza.

Asimismo le informamos que una vez formalizada la Póliza sus datos personales serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU, con la finalidad de la gestión comercial por dicha entidad como encargado del tratamiento, de la Póliza de Seguro contratada.

El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Villanueva 11, 28001 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada. En el supuesto, de que con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza de Seguro, se ejercite por el Tomador y/o Asegurado su derecho de cancelación de sus datos personales u oposición al tratamiento de los mismos, necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se procederá a la cancelación del contrato, o en su caso, a la baja del contrato del Asegurado.

El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la misma.

El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación, excepto los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección <http://www.psn.es/empresas-psn>.

No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua.

No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN.

Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la referida dirección, cuyos sectores específicos y concretos son seguros, servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

En _____ a _____ de _____ de 20____ EL TOMADOR / ASEGURADO Ejemplar para la Mutua

Mediado por "PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo S.A.U.", agencia de seguros exclusiva de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, debidamente inscrita en el Registro Administrativo especial de mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos, con la clave M0377A87382867.

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM 4215A 1603/1

- o) La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. La Entidad Aseguradora responderá sólo de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

5.- Pago de la Prima

La prima será anual y exigible por anticipado, aunque se puede pactar el pago fraccionado de la misma con los recargos correspondientes.

6.- Duración del Contrato

La duración del contrato será de un año, finalizando en la fecha y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

7.- Condiciones de Rescisión del Contrato

- Impago de Prima (Art. 15 Ley de Contrato de Seguro).
- Reticencia o inexactitud en la declaración presentada por el Tomador o Asegurado sobre los datos y circunstancias que han de determinar el riesgo y la cobertura (Arts. 10, 89 y 90 de la Ley de Contrato de Seguro).

8.- Resolución por el Tomador

El Tomador del Seguro podrá, mediante escrito expedido dentro de los treinta días siguientes a que la Mutua le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional, resolver unilateralmente el Contrato de Seguro. A partir de la fecha de expedición de dicho escrito, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Mutua y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiese pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia, todo ello conforme a la normativa vigente.

9.- Régimen Fiscal

A reserva de las modificaciones ulteriores que se puedan producir durante su vigencia, el contrato quedará sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, las prestaciones por fallecimiento tributarán por el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (Ley 29/1987, RD 1629/1991).

10.- Instancias de reclamación jurisdicción

A) Por vía interna:

1. Mediante la presentación del formulario de quejas o reclamaciones o escrito formulado por el interesado y dirigido al Servicio de Reclamaciones de la Entidad Aseguradora, acompañando, en su caso, la documentación que estime conveniente o proponiendo pruebas; las reclamaciones, quejas o escritos se tramitarán y resolverán conforme a lo establecido en el "Reglamento para la defensa del mutualista y de los partícipes de los planes de pensiones individuales" de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
2. Transcurridos dos meses desde la recepción en la Mutua de la reclamación inicial sin respuesta o con respuesta insatisfactoria, el interesado quedará desvinculado de esta vía de reclamación y podrá reclamar por vía administrativa.
3. A estos efectos existen en todas las oficinas de la Mutua a disposición de los mutualistas el "Reglamento para la defensa del mutualista y de los partícipes de los planes de pensiones individuales" de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

B) Por vía externa:

1. Vía administrativa, una vez denegada la reclamación o queja en vía interna, mediante el procedimiento de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad, con dirección en Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid.
2. Vía judicial ante la Jurisdicción Española y, dentro de ella, ante el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, con competencia para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

11.- Tratamiento de Datos de Carácter Personal

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador y el Asegurado conocen y aceptan lo siguiente:

- a) Los datos de carácter personal facilitados serán incorporados a un fichero inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos, siendo titular y responsable de su tratamiento PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA.
- b) La finalidad de la recogida de tales datos es la formalización y gestión del Seguro. Los meramente identificativos podrán utilizarse, además, para poder facilitar información o publicidad sobre las actividades, servicios y productos de PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija y de las Empresas del Grupo PSN, para los sectores específicos y concretos de actividad de las mismas, en los términos establecidos en la solicitud del Seguro. La composición de las empresas del Grupo PSN se puede consultar en la dirección <http://www.psn.es/empresas-psn>. La finalidad de los datos relativos al estado de salud o los de carácter personal que puedan generar cualquiera de las contingencias cubiertas por el Seguro estarán destinados por la Mutua, para la gestión de su actividad Aseguradora y sólo podrán ser cedidos a otras entidades Aseguradoras y a otros organismos públicos o privados en orden a la tramitación de posibles siniestros, de lucha contra el fraude o cualquier otro fin que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de la Póliza o por razones de coaseguro o reaseguro.
- c) Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable

para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza. Asimismo, el Tomador y el Asegurado prestan su conformidad para la realización de las pruebas que la Mutua considere oportunas de cara a la evaluación del riesgo asegurable, así como a que la Mutua pueda utilizar, con la misma finalidad que la señalada anteriormente, la información del Tomador y del Asegurado que la misma pudiera obtener en un futuro en virtud de otros contratos del ámbito Asegurador firmados con la Mutua.

- d) El Tomador y Asegurado podrá ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio de PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, calle Villanueva, 11, Madrid (28001). En el supuesto de que, con posterioridad al perfeccionamiento de la póliza del seguro, se ejercite por el Tomador o el Asegurado su derecho de cancelación u oposición de los datos necesarios para la gestión de la póliza, automáticamente se cancelará la póliza.

Cláusula Final:

El abajo firmante reconoce haber recibido en esta misma fecha y con anterioridad a la posible contratación del seguro, un ejemplar de este documento junto con las Condiciones Generales del SEGURO PSN ACCIDENTES INDIVIDUAL 4215, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, en relación con los artículos 104 a 106 del mismo.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I./C.I.F. nº _____

EL/LA TOMADOR/A DEL SEGURO

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I./C.I.F. nº _____

EL/LA ASEGURADO/A DEL SEGURO



Póliza:	4301000176
Tomador:	COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE CÁCERES

Designación de Beneficiarios de Seguros Colectivos

¿Qué ventajas tiene designar Beneficiarios?

Como asegurado del seguro colectivo, puede designar a la persona o personas que recibirían la prestación asegurada en el caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado. Cualquier persona puede ser beneficiario de un seguro de vida y su designación puede ser realizada de forma expresa (con nombres y apellidos) o genérica (se indica el parentesco, por ejemplo: cónyuge, hijos, etc.).

Si el asegurado no designa a ningún beneficiario en el seguro de vida, se aplicará el orden de prelación establecido en la póliza.

¿Por qué le solicitamos sus datos para la designación?

PSN ofrece la posibilidad de que el asegurado designe a esa persona para que sea Beneficiario de su seguro, es decir, a quién quiere que se destine la prestación. Para que quede constancia de la designación, se pone a su disposición el siguiente formulario al efecto:

Datos del Asegurado:	
Apellidos:	Nº de Asociado:
Nombre:	C.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.:	Provincia:
E-Mail:	Teléfono/s: /
Profesión:	Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____
Nacionalidad:	Especialidad:

Designación de Beneficiarios:	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padres
<input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto hijos	<input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos a partes iguales	<input type="checkbox"/> Designación libre
<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Designación nominal _____	
Nombre y Apellidos _____	CIF / NIF / NIE / DNI _____
Nombre y Apellidos _____	CIF / NIF / NIE / DNI _____

(En caso de no designación, se estará a lo dispuesto en el orden de prelación excluyente determinado en las Condiciones Generales).

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante, PSN).

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?

La formalización y gestión de la Póliza de Seguro, servicios accesorios a la misma y gestión comercial.

¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?

Le informamos que el uso de la información que nos proporciona está legitimada por la normativa de seguros (Art. 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y arts. 7 y 84 de la Ley de Contrato de Seguro) y, en consecuencia, por la normativa de Protección de Datos, de manera que pueda tener la total tranquilidad sobre el tratamiento de sus datos, sin perjuicio de que nos preste su consentimiento para finalidades de gestión comercial una vez finalizada la relación entre las partes.

¿A quién comunicaremos sus datos?

Los datos serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU y en caso de habernos dado su consentimiento, los datos facilitados los serán cedidos con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos en los que medie.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.psn.es/politica-de-privacidad/>

He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

EL ASEGURADO

EL ASESOR