



COLEGIO PROFESIONAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE ANDALUCÍA

ANEXO I

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nº DE COLEGIADO

En virtud de lo establecido en la Ley 7/1998, de 14 de diciembre, de creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía, y de acuerdo con sus artículos 3º y 4º, manifiesto mi condición de Protésico Dental, y por tanto solicito a la Junta de Gobierno del Colegio, mi incorporación al mismo, aceptando cumplir con lo dispuesto en los Estatutos del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía, así como los acuerdos de los Órganos de Gobierno y demás normativas que le afecten.

DATOS PERSONALES

Nombre..... Apellidos.....
Domicilio..... Nº..... Piso..... Letra.....
Población..... Provincia..... C.P.....
Teléfono..... Fax..... e-mail.....
D.N.I. / N.I.F..... (Entregar Fotocopia)
Nacionalidad..... Pasaporte..... Tarjeta de residencia.....
Fecha de nacimiento.....
Resido habitualmente en el ámbito territorial de la Comunidad Andaluza: SI NO
Remitir fotografía tamaño carnet: SI NO

DATOS PROFESIONALES

Titulado... SI NO (Entregar fotocopia)
Habilitado... SI NO (Entregar fotocopia del certificado de habilitación)
Realiza su actividad profesional por cuenta propia: SI NO
Laboratorio donde realiza la actividad: Nombre o Razón social.....
Director Técnico D.....
Dirección del laboratorio, calle/.....
Nº..... Piso..... Letra..... Población.....
Provincia..... C. Postal..... Teléfono.....
Fax..... Email.....
Tengo Licencia de Fabricantes de Productos Sanitarios a Medida: SI NO
Tengo empleados a mi cargo: SI NO ... Nº empleados.....
Deseo recibir la correspondencia en laboratorio: SI NO
¿Estuvo anteriormente colegiado en el Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía? : SI NO Nº.....

El abajo firmante, declara la veracidad de los datos aquí expresados y solicita le sea concedida la colegiación.

En....., a..... de..... de 20.....

Fdo.: _____

A LA JUNTA DE GOBIERNO

Domicilio Social

C/Aragón, 23 - local (41006 Sevilla)
Teléfono: 954 641 546 - Contabilidad: 954 631 613 – Fax 954 641 916
Mail secretaría: administracion@cppda.es / Mail Dpto. Contabilidad: contabilidad@cppda.es
Web: <http://www.cppda.es>

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nº DE COLEGIADO

CUOTAS DE INGRESO Y ORDINARIA DE COLEGIACIÓN**FORMAS DE PAGO**

- **Cuota de ingreso: 200,00 €** (desde el 1 de Enero de 2020).

Para los trabajadores que ejerzan la profesión por **cuenta ajena**, no será obligatorio que abonen la Cuota de Ingreso, pero es necesario demostrarlo fehacientemente con el *Certificado de afiliación a la Seguridad Social, fotocopia de la última nómina de trabajo ó contrato de trabajo.*

- **Cuota Ordinaria:** Se girarán recibos mensuales el día 10 de cada mes.

- a) Cuota Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía, **30,00 €** (desde Enero de 2.013).
 b) Cuota Consejo General de Colegios Profesional de Protésicos Dentales de España. **3,00 €** (desde Enero de 2.020).

Número de c/c del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía (ES08 - 0081 - 7302 - 8800 - 0120 - 0626)

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta bancaria: NIF.....
 Calle..... N° Teléfono.....
 Población..... Provincia.....
 Código Postal.....

Código Cuenta Cliente CCC: ES / / / / / / / /
 (Código cuenta cliente)

Entidad bancaria..... Calle.....

Autorizo a la entidad bancaria mencionada a pagar de mi cuenta arriba indicada,
 los recibos presentados al cobro por el Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía.

En....., a..... de..... de 20.....

Firma del titular de la cuenta:

Fdo.: _____

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con lo dispuesto en el RGPD 2016/679 y la LOPDGDD 3/2018 le informamos que los datos que nos ha proporcionado, en esta solicitud de colegiación, serán tratados con la finalidad de mantener la relación integral con usted como colegiado, conforme a la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. Sus datos profesionales serán publicados en los medios que disponga el Colegio en virtud del Art. 10.2, letra a) de la citada ley 2/1974.

Para poder informarle sobre los acuerdos ventajosos que el Colegio concierte para sus Colegiados deberá autorizar a éste a que le remita información sobre los mismos, marcando la casilla correspondiente.

Sus datos personales serán conservados mientras esté colegiado; posteriormente los conservaremos hasta su prescripción legal.

Asimismo le informamos de que tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición, derecho a la portabilidad de sus datos personales dirigiéndose a la dirección del Colegio o a nuestro Delegado de Protección de Datos dpo@grupodata.es Tfno. 927600000, indicando el derecho que desea ejercer. También tiene derecho a efectuar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Tiene derecho, igualmente, a retirar el consentimiento prestado en cualquier momento. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento efectuado anteriormente.

SI NO ... Deseo que me remitan Información de los acuerdos concertados para Colegiados

Fdo.: _____

A LA JUNTA DE GOBIERNO

Domicilio Social

C/Aragón, 23 - local (41006 Sevilla)

Teléfono: 954 641 546 - Contabilidad: 954 631 613 – Fax 954 641 916

Mail secretaría: administracion@cppda.es / Mail Dpto. Contabilidad: contabilidad@cppda.es

Web: <http://www.cppda.es>

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
COLEGIO DE PROTESICOS DENTALES DE ANDALUCIA PÓLIZA Nº 530001072 –**

AÑO 2019

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:					
Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	Protésico Dental	<input type="checkbox"/>	Prótesis fijas	<input type="checkbox"/>
				Prótesis removibles	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Privada	Centro de Trabajo _____				
<input type="checkbox"/> Pública	Centro de Trabajo _____				
CAPITAL ASEGURADO: 150.253 €					
FECHA ADHESIÓN A PÓLIZA: _____					

EXTRACTO DE LA PÓLIZA COLECTIVA

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

PRESTACIONES DE A.M.A.

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

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

Asesoramiento del asegurado cuando es requerido para declarar como testigo en procedimientos judiciales o declaraciones ante organismos públicos que tengan su fundamento con la actividad de protésicos dentales declarada en las condiciones particulares. Asesoramiento en la elaboración de informes solicitados tanto por el juzgado o como por los diferentes organismos públicos, tengan su fundamento en actuaciones relacionadas con la actividad de protésicos dentales declarada en las condiciones particulares.

c) Fianza y Defensa Criminal: La defensa personal por abogados y procuradores designados por A.M.A., en los procedimientos criminales que se siguieran, aún después de liquidadas las responsabilidades civiles, siempre con el consentimiento del defendido. La constitución de la totalidad de la fianza que en causa criminal se les exigiera, para asegurar su libertad provisional o como garantía de las responsabilidades pecuniarias. El pago de todos los gastos judiciales que, sin constituir sanción personal, sobreviniera a consecuencia de cualquier procedimiento criminal que se les siguiera, incluyendo los gastos de defensa de A.M.A.

GARANTÍAS BÁSICAS	LÍMITES ASEGURADOS Y FRANQUICIAS
1.- Responsabilidad Civil Profesional	100% Capital asegurado por siniestro y año
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.- Subsidio por Inhabilitación Temporal Profesional	1.803 €/mes máximo 24 meses

**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

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.- Se conviene expresamente entre las partes, que la cobertura del presente contrato queda limitada exclusivamente para aquellos daños objeto de este seguro, cuyas reclamaciones se presenten al Asegurado durante la vigencia de esta póliza, por errores u omisiones profesionales cometidos durante ese mismo período.

Con respecto a los daños ocurridos durante el período de vigencia del seguro y no conocidos por el Asegurado al término del mismo, el Asegurador 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.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

En ningún caso se considerarán incluidos en el objeto de esta póliza, los actos siguientes:

* La toma de impresiones y otros registros, sin prescripción facultativa.

EXCLUSIONES

* Los actos dolosos o derivados del incumplimiento voluntario de las normas legales, éticas o profesionales que en cada momento sean exigibles en la práctica asistencial.

* Las reclamaciones dirigidas contra otro profesional titulado, aún cuando trabaje a las órdenes del Asegurado.

* Los defectos de los materiales utilizados en las prótesis dentofaciales y aparatos de ortodoncia imputables a la empresa fabricante de dichos materiales, preexistentes a la fabricación de los mismos por el protésico.

* Daños o perjuicios causados por los productos, materiales después de la entrega, terminación o prestación si son manipulados por persona distinta al asegurado.

1.3.- Suma asegurada

Dentro de las coberturas otorgadas por la presente garantía, se establece:

Límite por siniestro: 100% del capital asegurado por esta garantía por Asegurado.

En dicho límite están comprendidos los gastos judiciales y extrajudiciales, así como las indemnizaciones a que diera lugar.

EXCLUSIONES RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA EXPLOTACION Y LOCATIVA: Desgaste, Deterioro o uso excesivo y Daños a instalaciones de calefacción, maquinaria, calderas, agua caliente, así como aparatos de electricidad y gas, cristales.

Suma asegurada.- Límite por siniestro y año de seguro: 100% del capital asegurado por esta garantía.

* R.C. Locativa: Daños al local arrendado, hasta el límite del 10% de la suma asegurada por siniestro.

* Daños por agua, como consecuencia de rotura u obstrucción de tuberías o depósitos, quedando limitada esta garantía al 5% de la suma asegurada por siniestro.

* Daños a expedientes: 300.-€/expediente, 10% capital asegurado por siniestro

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

SUBSIDIO POR INHABILITACION TEMPORAL PROFESIONAL.- Quedan excluidos de esta garantía los actos dolosos.

Capital y Límites.- El importe máximo a pagar será de 1.803 €/mes y máximo 24 meses.

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**