

Don/Doña \_\_\_\_\_,  
 perteneciente al Colegio Oficial de Médicos de Granada con el nº 18/ \_\_\_\_\_,  
 a efectos de su inclusión en el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional (RCP) contratado por  
 este Colegio para sus colegiados, referente a su ejercicio profesional, bajo su responsabilidad

**DECLARA:**

**ACTIVIDAD (Modalidad de Ejercicio):**

- A.1.) SOLO SAS  
 A.2.) PÚBLICA en \_\_\_\_\_  
 B.1.) MIXTA (SAS y privada o para un tercero)  
 B.2.) MIXTA (PÚBLICA y privada o para un tercero). PÚBLICA (no SAS) en \_\_\_\_\_  
 C) PRIVADA (Solo privada o para un tercero)  
 E) Jubilado sin ejercicio  
 H) Sin ejercicio  
 I) Sin actividad médica  
 J) No necesita ser incluido en el seguro por estar asegurado en: \_\_\_\_\_

Para actividad PÚBLICA (no SAS) los capitales asegurados se entienden en exceso de 601.012 €

**GARANTÍAS OPCIONALES:**

- Doble cobertura (excepto grupo A.1.)  Devolución de Honorarios

La inclusión en la póliza tiene efecto desde la incorporación a la misma hasta 31 de diciembre de cada año

**ESPECIALIDADES POR GRUPO DE RIESGO:** Clasificación según AMA

(Marque una X a la izquierda de las que correspondan)

GRUPOS	ESPECIALIDADES	ESPECIALIDADES
1	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA	
2	<input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN <input type="checkbox"/> CIRUGÍA ORAL Y MÁXILO FACIAL <input type="checkbox"/> MEDICINA ESTÉTICA (solo en Grupo de Actividad C. Privada)	<input type="checkbox"/> NEUROCIRUGÍA <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA (con Cirugía Refractaria)
<b>ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS:</b>		
3	<input type="checkbox"/> ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR <input type="checkbox"/> CIRUGÍA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO <input type="checkbox"/> CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> CIRUGÍA PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> CIRUGÍA TORÁCICA	<input type="checkbox"/> MEDICINA INTENSIVA <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (sin partos ni embarazos) <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA (sin Cirugía Refractaria) <input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLOGÍA <input type="checkbox"/> RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA <input type="checkbox"/> UROLOGÍA
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS CON TÉCNICAS INVASIVAS (T.I.):</b>		
4	<input type="checkbox"/> APARATO DIGESTIVO <input type="checkbox"/> CARDIOLOGÍA <input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGÍA <input type="checkbox"/> NEUMOLOGÍA
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS SIN TÉCNICAS INVASIVAS (T.I.):</b>		
5	<input type="checkbox"/> ALERGOLOGÍA <input type="checkbox"/> APARATO DIGESTIVO (sin cirugía ni T.I.) <input type="checkbox"/> CARDIOLOGÍA (sin cirugía ni T.I.) <input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS <input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA (sin cirugía ni T.I.) <input type="checkbox"/> EMBRIOLOGÍA <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN <input type="checkbox"/> GENÉTICA <input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA <input type="checkbox"/> INMUNOLOGÍA <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA	<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/> MEDICINA DE URGENCIA <input type="checkbox"/> NEFROLOGÍA (sin cirugía ni T.I.) <input type="checkbox"/> NEUMOLOGÍA <input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA (sin cirugía ni T.I.) <input type="checkbox"/> ONCOLOGÍA MÉDICA <input type="checkbox"/> ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA <input type="checkbox"/> PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS (sin cirugía) <input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA <input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA <input type="checkbox"/> RADIODIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> REUMATOLOGÍA
6	<input type="checkbox"/> ANALISIS CLÍNICOS <input type="checkbox"/> ANATOMÍA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> BIOQUÍMICA CLÍNICA <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> FARMACOLOGÍA CLÍNICA <input type="checkbox"/> GERIATRÍA <input type="checkbox"/> HIDROLOGÍA <input type="checkbox"/> MEDICINA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE <input type="checkbox"/> MEDICINA DEL TRABAJO <input type="checkbox"/> MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERAL <input type="checkbox"/> MEDICINA LEGAL Y FORENSE <input type="checkbox"/> MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA <input type="checkbox"/> MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA <input type="checkbox"/> M.I.R. <input type="checkbox"/> NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA <input type="checkbox"/> PERITO MÉDICO <input type="checkbox"/> VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

SOLICITO la  inclusión  modificación en el Seguro de RCP colectivo contratado por el Colegio de Médicos de Granada, con efectos desde \_\_\_\_\_ **Observaciones:** \_\_\_\_\_

¿Es MIR en la actualidad?  NO;  SI: Especialidad \_\_\_\_\_; año \_\_\_\_\_

He leído y soy conforme con la INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE RCP que figura al respaldo, así como con EXTRACTO DE LA PÓLIZA COLECTIVA y las CLÁUSULAS LIMITATIVAS Y EXCLUSIONES del documento adjunto

Granada, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
 (firma)

**Técnicas Invasivas determinadas por la Comisión de Especialidades de AMA Seguros, de las siguientes Especialidades Médicas:**

- **Aparato Digestivo:** Endoscopias; Laparoscopias; Biopsias.
- **Cardiología:** Ecocardiografías transesofágica o con estrés farmacológico; Pruebas de esfuerzo convencional o con isótopos; Estudio isotópico con estrés farmacológico; Prueba de mesa basculante; Estudio electrofisiológico cardiaco; Ablación endocárdica por catéter; Implantaciones de marcapasos cardiaco transitorio o permanente; Cardioversión eléctrica; Implantación de desfibrilador automático; Cateterismo cardiaco diagnóstico; Cateterismos terapéuticos coronario o valvular.
- **Nefrología:** Biopsias, Colocación de catéteres peritoneales; Diálisis.
- **Neumología:** Fibrobronoscopias; Broncoscopios terapéutica o rígida; Técnicas pleurales (Toracocentesis, Pleurodesis y fibrinolisis pleural, Biopsia pleural, Toracosopia, colocación de drenajes); Punción-aspiración transparietal con aguja fina (PAAF); Punción aspiración transtraqueal (PTT).
- **Dermatología:** Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía.

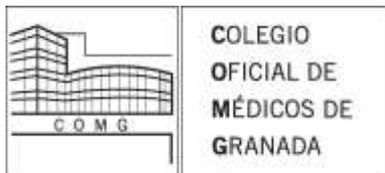
**Quedo enterado que:**

- La póliza es colectiva de duración anual por lo que la incorporación de cada Colegiado a la misma se efectúa hasta 31 de diciembre de cada año.
- La cobertura del seguro comprende la especialidad declarada y las de igual o inferior riesgo, estando excluidas las especialidades de grupo de riesgo superior.
- La no presentación de su disconformidad a este escrito se entiende como la aceptación de su contenido.
- “Delimitación Temporal de la Cobertura”: AMA comunica que quedan excluidas las reclamaciones:
  - o “que sean formuladas al asegurado después de la anulación o rescisión de la póliza o de la fecha de baja del Asegurado en la misma”.
  - o “de las que el asegurado hubiese tenido conocimiento, a través de cualquier medio, con anterioridad a la fecha de efecto del presente contrato y aquellas que el asegurado debería haber, razonablemente previsto o descubierto”.
  - o “que estén cubiertas bajo el condicionado de cualquier otra póliza anterior”.
- En caso de reclamación amparada por este seguro, la defensa a los colegiados ha de ser llevada por la Asesoría Jurídica de este Colegio, con la que se deberá contactar inmediatamente al tener conocimiento de una denuncia.
- La póliza está en el Colegio a disposición de los asegurados.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le comunicamos que el responsable del tratamiento de sus datos es el COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GRANADA, con domicilio en c/ Andrés Segovia, 53 18008 GRANADA, con teléfono 958806600 y dirección de correo electrónico [protecciondatos@comgranada.com](mailto:protecciondatos@comgranada.com). Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y derecho a la portabilidad de sus datos mediante solicitud escrita dirigida a este Colegio.

Como asegurado de la póliza colectiva de referencia, declaro que conozco y acepto la cláusula de protección de datos referente tanto a los datos entregados como a los que surjan de la tramitación de posibles siniestros, consintiendo su tratamiento y comunicación a terceros en cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales del seguro.

Autorizo al Colegio de Médicos de Granada a comprobar y consultar en el organismo competente la veracidad de los datos referentes a mis titulaciones, así como a incorporar los mismos a los que sobre mi consten en el Colegio.



**Declaración responsable en relación a la obligación de aseguramiento en el ejercicio médico mediante Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.**

D/Dña., \_\_\_\_\_,  
en mi calidad de profesional médico, con número de colegiado \_\_\_\_\_,  
declaro que:

1. Mantengo suscrita una póliza de seguro de responsabilidad civil profesional, de acuerdo a lo establecido en la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias y la Ley 10/2003 de Colegios profesionales de Andalucía.

2. El seguro contratado contempla una cuantía suficiente, atendiendo a mis circunstancias particulares y profesionales.

3. Aporto certificado cierto, que adjunto de la referida póliza para su registro en mi expediente colegial, comprometiéndome a comunicar de forma inmediata al Colegio de Médicos de Granada cualquier modificación que se produzca en relación con la misma (renovación, modificación, ampliación, baja, etc.).

4. Entiendo que el incumplimiento de mantener un seguro de responsabilidad civil profesional válido y vigente puede tener consecuencias legales y disciplinarias según lo establecido por la ley y las regulaciones pertinentes.

5. declaro que la información proporcionada en este Colegio es veraz y exacta, y acepto las responsabilidades asociadas con la misma.

En \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_.