



### **REQUISITOS PARA LA COLEGIACIÓN**

1º.- Solicitud de Inscripción Colegial, que podrás retirar de la sede colegial sita en Urbanización Residencial Reina Mercedes, 1 – Local 5, en el Término Municipal de Las Palmas de Gran Canaria, Mañanas: LUNES, MARTES, MIERCOLES Y VIERNES de 09:00 a 15:00 horas. JUEVES MAÑANA: DE 09:00 A 13:00 Tardes: de 16:00 a 19:00 horas, o a través de la ventanilla única de la Pág. Web del Colegio: [www.protesicoslaspalmas.com](http://www.protesicoslaspalmas.com)

2º.- Fotocopia y original del Título Oficial, o en su defecto, original y fotocopia del Certificado de Habilitación correspondiente. Traducción del título y homologación del mismo para extranjeros.

3º.- Dos fotografías tamaño Carnet.

4º.- Justificante del pago de la cuota de inscripción de 100€. Mediante ingreso en la cuenta corriente del Colegio abierta en la entidad BBVA.

**ES22 0182 1576 7902 0152 4438**

5º Número y firma, de la domiciliación bancaria para el pago de las cuotas mensuales. Que actualmente está en 36 €.

6º Fotocopia DNI.

## SOLICITUD DE COLEGIACION

Las Palmas a, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

En virtud de lo establecido en la Ley 3/2002, de 20 de mayo, de creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Las Palmas y de acuerdo con sus artículos 2º, 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 Las Palmas, así como los acuerdos de los Órganos de Gobierno y demás normativas que le afecten.

- **NOMBRE:** \_\_\_\_\_
- **APELLIDOS:** \_\_\_\_\_
- **DIRECCIÓN PARTICULAR:** \_\_\_\_\_
- **DIRECCIÓN FISCAL:** \_\_\_\_\_
- **CIUDAD:** \_\_\_\_\_
- **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_
- **PROVINCIA:** LAS PALMAS
- **TLF. DOMICILIO:** \_\_\_\_\_
- **TLF. TRABAJO:** \_\_\_\_\_
- **TLF. MOVIL:** \_\_\_\_\_
- **NOMBRE DEL LABORATORIO:** \_\_\_\_\_
- **CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_
- **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_
- **D.N.I.:** \_\_\_\_\_
- **TITULADO:** \_\_\_\_\_
- **HABILITADO:** \_\_\_\_\_
- **PAGO CUOTA DE INSCRIPCIÓN**  
**Fecha:** \_\_\_\_\_
- **IBAN- C.C.C. :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

De acuerdo con lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, y resto de la normativa española vigente, le informamos que todos los datos que nos ha facilitado, han sido incluidos en un fichero en sistema mixto, del que es responsable COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS, quien guardará y utilizará estos datos con la finalidad de tenerle identificado como Colegiado y prestarle los servicios que nos solicita. Nos autoriza a poder remitirle información de los Eventos que Organice el Colegio y las comunicaciones relevantes relacionadas con la profesión (Revistas, acuerdos, noticias... etc).

Sus datos personales serán conservados durante el tiempo necesario para ejecutar el servicio solicitado y/o hasta que no exista ninguna previsión legal que haga necesario su almacenamiento.

Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición o derecho a la portabilidad de sus datos personales enviando un correo electrónico a [cppdlaspalmas@infomed.es](mailto:cppdlaspalmas@infomed.es) / [cppdlaspalmas@gmail.com](mailto:cppdlaspalmas@gmail.com) o por carta a la dirección : Urbanización Residencial Reina Mercedes 1 – Local 5 – 35012 de Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) o contactando con el DPD en dirección [dpo@pdyp.es](mailto:dpo@pdyp.es) , Tfno. 92760000, indicando el derecho que desea ejercer. 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 Autorizo a que me remitan información de los Eventos que Organice el Colegio y las comunicaciones relevantes relacionadas con la profesión.
- SI  NO Autorizo a Recibir las Revistas del Sector.

Firma

## DOMICILIACIÓN DE RECIBOS

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 202\_\_

Dº/a: \_\_\_\_\_

Autorizo al **COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS**, a cargar los recibos de las cuotas mensuales que sean emitidos a mi nombre en la siguiente cuenta:

IBAN.CCC Nº.: \_ES\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Así como cuotas de inscripción y derramas que sean acordadas por la Asamblea. Agradeciéndoles la atención, les saluda atentamente.

Fdo.

-----  
-----

## PARA ENTREGAR A SU ENTIDAD BANCARIA.

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 202\_\_

Sr. Director del Banco \_\_\_\_\_

Muy Sr. Mío:

Ruego a usted se sirva disponer lo conveniente para que los recibos del **COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS**, que lleguen a mi nombre a esa Entidad, sean cargados en mi cuenta.

IBAN.CCC Nº.: \_ES\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Titular \_\_\_\_\_

Así como cuotas de inscripción y derramas que por el mismo concepto se deriven. Agradeciéndoles la atención, les saluda atentamente.

Fdo.

## 2.- Cláusula de derecho Informado solicitando consentimiento para otra finalidad

NOMBRE .....

NIF .....

De acuerdo con lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, y la LOPDGDD 3/2018, le informamos que los datos personales que nos proporciona pasarán a formar parte del sistema de tratamiento de la información de COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS. La finalidad del tratamiento de estos datos es tenerle identificado para dar cumplimiento a la prestación de servicio que nos solicita. Nos autoriza, si no se opone a ello, a que podamos remitirle información de los servicios y promociones que COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS seleccione para sus clientes, ahora y en el futuro, a través de correo electrónico, correo ordinario, SMS, WhatsApp, o cualquier medio que disponga el responsable del tratamiento.

Sus datos personales serán conservados durante el tiempo necesario para ejecutar el servicio solicitado y/o hasta que no exista ninguna previsión legal que haga necesario su almacenamiento (prescripción fiscal, 4 ejercicios; prescripción mercantil, 6 ejercicios). Y lo dispuesto en el Art. 17.1 de la ley 41/2002 en relación a los datos de salud (deberán conservarse las Hª clínicas durante 5 años).

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, ante COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS, Urbanización Residencial Reina Mercedes 1 – Local 5. 35012-LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (Las Palmas) mediante comunicación por escrito o mediante correo electrónico a la dirección [cpdaspalmas@gmail.com](mailto:cpdaspalmas@gmail.com) o contactando con el DPO en la dirección PROTECCIÓN DE DATOS Y PREVENCIÓN, S.L. C/ Doctor González Caraballo, 1. 41020-SEVILLA. [dpo@pdyp.es](mailto:dpo@pdyp.es), indicando el derecho que desea ejercer. También tiene derecho a presentar una reclamación ante la AEPD.

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

En LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, a .....de .....de .....

El responsable del Tratamiento

El Titular de los Datos

44313723Z

SOFIA CAROLINA

SANCHEZ (R:

G35728336)

Firmado digitalmente

por 44313723Z SOFIA

CAROLINA SANCHEZ

(R: G35728336)

Fecha: 2023.04.21

13:39:04 +01'00'

..... NO .....SI Deseo que me remitan Información de sus Servicios o Promociones

..... NO .....SI Acepto que se comuniquen conmigo por WHATSAPP

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
COLEGIO DE PROTESICOS DENTALES DE LAS PALMAS PÓLIZA Nº 530001193**

**AÑO 2023**

**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: _____
<b>Area actividad profesional:</b>				
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: 300.000 €				
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.
Daños a expedientes:	300.-€/expediente, 10% capital asegurado por siniestro

**Leído y Conforme:  
EL ASEGURADO**

<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES</b>	
<b>RESPONSABLES</b>	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: <a href="mailto:protecciondedatos@amaseguros.com">protecciondedatos@amaseguros.com</a> .
<b>FINALIDADES PRINCIPALES</b>	A.M.A. tratará sus datos personales con las siguientes finalidades principales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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).</li> <li>- Comunicación de los datos del asegurado a entidades reaseguradoras y coaseguradoras. En satisfacción de intereses legítimos de A.M.A.</li> <li>- Ofrecimiento de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A Grupo. Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado.</li> <li>- Finalidades restantes: apartado II de la información adicional.</li> </ul>
<b>DESTINATARIOS</b>	A.M.A. comunicará sus datos personales a las siguientes entidades y organismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organismos públicos, tales como autoridades judiciales, tributarias y del sector asegurador (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones).</li> <li>- Entidades reaseguradoras o coaseguradoras.</li> <li>- En su caso, peritos médicos.</li> <li>- 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.</li> </ul> Más información: apartado III de la información adicional.
<b>PROCEDENCIA</b>	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.
<b>PERIODO DE CONSERVACIÓN</b>	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.
<b>DERECHOS</b>	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 <a href="mailto:protecciondedatos@amaseguros.com">protecciondedatos@amaseguros.com</a> . Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento. Más información: apartado VII de la información adicional.
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>	Puede consultar la información adicional en: Papel: en cualquiera de las delegaciones de A.M.A.: <a href="http://www.amaseguros.com/oficinas-a.m.a">http://www.amaseguros.com/oficinas-a.m.a</a> . Electrónico: mediante petición a la dirección <a href="mailto:protecciondedatos@amaseguros.com">protecciondedatos@amaseguros.com</a> .

Acepto que mis datos sean tratados para la remisión de comunicaciones comerciales de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A. Grupo:

SI

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Leído y Conforme:  
EL ASEGURADO**

## CLÁUSULAS LIMITATIVAS Y EXCLUSIONES

En cumplimiento de lo establecido en el Art. 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre (Ley de Contrato de Seguro) y de la Doctrina Jurisprudencial que interpreta el mismo, **CONOCE Y ACEPTA EXPRESAMENTE LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS LIMITATIVAS A LA PÓLIZA SUSCRITA:**

**PRESTACIONES DE A.M.A.** El conjunto de pagos que deba realizar A.M.A., en virtud de esta garantía, no puede sobrepasar la cantidad máxima asegurada en póliza. Las fianzas que por los conceptos previstos en la póliza y en esta cláusula deba constituir el Asegurador, no pueden exceder del tope previsto en la póliza para dicho objeto. En los procedimientos penales por imputación al Asegurado de delitos dolosos, supuestamente cometidos en el ejercicio de su actividad profesional, A.M.A. asumirá únicamente los gastos de defensa y representación en el caso de que recaiga sentencia absolutoria firme. Si el Asegurado fuera condenado en un procedimiento criminal, A.M.A. resolverá sobre la conveniencia de recurrir ante el Tribunal Superior competente. A.M.A. estimara improcedente el recurso, lo comunicará al interesado, quedando este en libertad de interponerlo, pero por su exclusiva cuenta, debiendo A.M.A. reembolsar los gastos que se hayan producido con motivo de los mismos, si el Asegurado obtuviese un resultado más beneficioso al de la instancia anterior. No responderá A.M.A. de multas o sanciones de cualquier naturaleza.

**DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.-** Para la garantías 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.-** 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 o de la fecha de baja del Asegurado en la misma.

**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.

**Suma asegurada.-** Límite por siniestro y año: 100% del capital asegurado por esta garantía. En el límite anteriormente indicado, se encuentran incluidos los gastos (judiciales y extrajudiciales), así como las indemnizaciones correspondientes.

**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.

### **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**