



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE CÁDIZ**

Avenida Juan Carlos I, s/n
Edificio "Nuevo Estadio Ramón de Carranza"
4ª Planta - Local 35 - 11011 Cádiz
Tlf: 956 17 09 50 - Fax: 956 17 32 46
www.dentistascadiz.com
email: colegio@dentistascadiz.com



Registro Entrada CODC

**PÓLIZA COLECTIVA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CUESTIONARIO DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA**

CONDICIONES ESPECIALES / DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:

Modificando lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza para la garantía de Responsabilidad Civil Profesional, la cobertura de esta Póliza comprende las responsabilidades en que pudiera incurrir el Asegurado derivadas de actos realizados en cualquier país del mundo, excepto ESTADOS UNIDOS, CANADA y TERRITORIOS ASOCIADOS, **siempre y cuando el desplazamiento haya sido comunicado y aceptado por AMA 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.** Sin perjuicio de lo anterior, las garantías de la presente póliza quedan ampliadas a las responsabilidades en que pueda incurrir el Asegurado en cualquier lugar del mundo, en los siguientes supuestos: a) Participación del Asegurado en Seminarios, Congresos o Simposios. b) Atención, intervención o tratamiento médico en cumplimiento del deber de socorro. En todo caso, AM.A indemnizará únicamente en euros y en España, entendiéndose cumplida su obligación en el momento en que deposite en un Banco o Caja de Ahorros españoles la cantidad que esté obligado a satisfacer el Asegurado a consecuencia de su responsabilidad según la legislación del país respectivo. Para hacer la conversión se atenderá a la tabla de divisas del día de depósito.

Apellidos **Nombre**

Nº Colegiado/a: 1100 **Teléfono/s de Contacto**

Colegiado/a actualmente en el Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz y en referencia a la adhesión a la Póliza Colectiva de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Nº 530001183, suscrita -como tomador- por dicho Colegio Oficial con la entidad aseguradora A.M.A., a los efectos de delimitación geográfica **manifiesta que:**

- País en el que prestaría el servicio:

- Especialidad:

- Obligatoriedad de disponer de un Póliza de Responsabilidad Civil Profesional individual en el país en el que prestará el servicio: ☐ Sí ☐ No.

- Especificar Capital asegurado en la póliza que suscriba en dicho país, en su caso Euros.

- Nombre de la Clínica u Hospital en el que trabajará

- Se trata de una clínica: ☐ Pública ☐ Privada.

- En el caso de que fuese pública, es necesario saber si, en caso de negligencia médica, el Gobierno del país se hace responsable: ☐ Sí ☐ No. Especificar el capital en caso afirmativo Euros.

- Estaría el solicitante cubierto por la póliza de seguros de la clínica u Hospital: ☐ Sí ☐ No. Especificar el capital en caso afirmativo Euros.

- Periodo de tiempo en el que el solicitante realizará su trabajo en el país indicado

- Suma asegurada en la Póliza de R. C. Colectiva Euros.

Firma del/la Asegurado/a,