



SOLICITUD DE SEGURO COMBINADO DEL CAZADOR

GESTIÓN ASEGURADORA

Mediado por: C.S. ORTEGA GESTION ASEGURADORA S.L.

PÓLIZA NÚMERO		AGENCIA		FECHA DE EFECTO		
<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		
DATOS DEL SOLICITANTE	NIF/ CIF	Fecha de nacimiento				
	Apellidos y Nombre	<input type="text"/>				
	Domicilio	<input type="text"/>			Teléfono	<input type="text"/>
	Localidad	<input type="text"/>			Cód. Postal	<input type="text"/>
	Provincia	<input type="text"/>			Clave	<input type="text"/>
		Localidad			<input type="text"/>	

DATOS DEL ASEGURADO (SI ES DISTINTO DEL SOLICITANTE)		NIF/ CIF	Fecha de nacimiento
Apellidos y Nombre		<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOMICILIO DE COBRO	Cód. Entidad	Oficina	D.C.	CTA.	NOMBRE ENTIDAD
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPCIONES DE CONTRATACIÓN (Ver dorso para cobertura y límites)

		PRIMA TOTAL
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 1 (R.C.S. Obligatoria; Defensa y Fianzas judiciales y Asistencia)	17,96 €.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 2 (R.C.S. Obligatoria; Defensa y Fianzas judiciales; R.C.S. Voluntaria y Asistencia)	24,32 €.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 3 (R.C.S. Obligatoria; Defensa y Fianzas judiciales; R.C.S. Voluntaria; Accidentes Corporales; Daños a las armas y Asistencia)	35,43 €.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 4 (R.C.S. Obligatoria; Defensa y Fianzas judiciales; R.C.S. Voluntaria; Accidentes Corporales; Daños a las armas; Muerte de un perro y Asistencia)	37,02 €.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 5 (R.C.S. Obligatoria; Defensa y Fianzas judiciales; R.C.S. Voluntaria; Accidentes Corporales; Daños a las armas; Muerte de dos perros y Asistencia)	38,62 €.

Muerte de los perros (Cumplimentar los datos siguientes):					
Nombre por el que atiende	Raza	Nº Identificación	Color	F. Nacimiento	Capital Asegurado (máx. 300,51 €. por perro)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRIMAS	Forma de Pago de las primas	<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Anual	Periodo de cobertura	Del	<input type="text"/>	Al	<input type="text"/>
	Prima Neta	<input type="text"/>	€.	Impuestos	<input type="text"/>	€.	Consortio	<input type="text"/>
	TOTAL <input type="text"/> €.							

DURACIÓN DEL SEGURO
El importe de la prima total de la opción tiene que abonarse a la firma de esta solicitud para que surta efecto el seguro y se renovará anualmente si el apartado de domiciliación bancaria está cumplimentado. La validez del seguro es por un año a partir de la fecha de efecto.

BENEFICIARIOS	BENEFICIARIO	<input type="text"/>
	En caso de invalidez el propio Asegurado. Si no existe designación expresa, en caso de fallecimiento del Asegurado, seguirá el siguiente orden de preferencia: 1º El cónyuge no separado del asegurado; 2º Los hijos del asegurado ; 3º Sus herederos legales.	

DECLARACIONES DEL ASEGURADO SOBRE SU ESTADO DE SALUD	Para el aseguramiento de las opciones 3, 4 ó 5 debe cumplimentarse la siguiente DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (si alguna respuesta es afirmativa, no puede otorgarse la cobertura de Accidentes Corporales).		
	¿ Tiene más de 65 años? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¿ Padece o ha padecido alguna enfermedad grave, sigue tratamiento prolongado por algún motivo ? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¿ Tiene algún defecto físico, invalidez o más de 7 dioptrías ? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En aquellos casos en los que el Solicitante y el Asegurado no sean la misma persona se entenderá que este último declara que todos los datos recogidos en esta solicitud son ciertos, y da su consentimiento para la tramitación de dicha solicitud.			

El Solicitante del seguro declara haber contestado confirme a la verdad a las preguntas de esta solicitud. A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el Solicitante (Asegurado en su caso) consiente a que, los datos personales (incluso los de salud) facilitados al Mediador y, en su caso, al Contratante Colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en 28050 Madrid, Avenida de Burgos nº 109, donde el Solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico. Asimismo autoriza a que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora. Los datos que se recaben pueden ser cedidos a ficheros comunes a los efectos de lo establecido en el texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el Artículo 107 del ROSSP. Asimismo, declara conocer y mostrar su conformidad con el contenido de las Condiciones Particulares, Generales y Especiales del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato. Igualmente autoriza el cargo correspondiente en la cuenta de domiciliación de aquellos recibos presentados por la Aseguradora.

Hecho y firmado en a de de

EL SOLICITANTE
NIF:

EL ASEGURADO

1. ENTIDAD ASEGURADORA
2. MEDIADOR
3. ASEGURADO

COBERTURAS Y LÍMITES DEL SEGURO COMBINADO DEL CAZADOR

GARANTÍAS	SUMAS ASEGURADAS
COBERTURAS BÁSICAS	
- Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria _____	90.151,82 €. por víctima
- Defensa y Fianzas judiciales _____	INCLUIDAS
GRUPO A - Responsabilidad Civil de Suscripción Voluntaria _____	60.101,21 €. por stro. y año de seguro
GRUPO B - Accidentes Corporales	
- Fallecimiento Accidental _____	30.050,61 €.
- Invalidez Permanente accidental _____	30.050,61 €.
- Asistencia sanitaria _____	601,01 €.
GRUPO C - Daños a las armas (Franquicia 10% del importe de cada siniestro con un mínimo de 12,02 €).	Max. 450,76 €. Por stro. y año de seguro
GRUPO D - Muerte del perro _____	Max. 300,51 €.
GRUPO E - Asistencia Complementaria _____	INCLUIDA
Riesgos Extraordinarios en cuanto a la cobertura de Accidentes Corporales (a cargo del Consorcio de Compensación de Seguros)	

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 3º DE LA LEY 50/80 DEL CONTRATO DE SEGURO, EL SOLICITANTE DECLARA:

1. Que expresamente ratifica las declaraciones realizadas en este cuestionario formando parte integrante de la póliza y documento base para la aceptación y tarificación del riesgo por parte de CASER.
2. Que los datos relativos al Asegurado y muy especialmente, los referentes a la edad y estado de salud, son los declarados, constituyendo los mismos circunstancias esenciales para la valoración y aceptación del riesgo, aceptando expresamente en caso de reserva o inexactitud en la descripción del riesgo las consecuencias previstas en los Artículos 11, 13, 14 y 15 de las Condiciones Generales de la Póliza en relación con los Artículos 10, 11, 12 y 13 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.
3. Que conoce y en este momento recibe las Condiciones Generales de la póliza.
4. Que conoce y expresamente acepta las exclusiones de cobertura contenidas en los Artículos 1, 2, 3 y 4 de las Condiciones Generales de la Póliza.

OBSERVACIONES

Enviar por fax **981 20 88 76**
 Correo: csortega@csortega.com
 Curros Enríquez nº 43 local 8 15002 La Coruña

En cumplimiento de la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal le comunicamos que los datos personales solicitados en estos formularios son los imprescindibles y, por lo tanto, totalmente obligatorios para que LA CORREDURÍA pueda dar una respuesta comercial; aceptándose por éste que sus datos personales sean registrados en un fichero automatizado, titularidad de C.S. ORTEGAGESTION ASEGURADORA S.L. y situado en su Centro de Proceso de Datos A Coruña, c/ Curros Enríquez nº 43 local 8 15002, sobre el cual los afectados podrán ejercitar los derechos de acceso y, en su caso, de rectificación, cancelación y oposición por escrito. Los datos contenidos en estas páginas tienen un valor meramente informativo, pudiendo no estar actualizados los mismos. C.S. ORTEGA GESTION ASEGURADORA S.L., se reserva el derecho de actualizar la información en cualquier momento y de modificar su contenido. C.S. ORTEGA GESTION ASEGURADORA S.L. no se responsabiliza de la incorrecta utilización o interpretación errónea de esta información. Este cuestionario es una solicitud de información y como tal no otorga ningún tipo de cobertura sobre el riesgo mencionado.

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL AUXILIAR