

CÓD.MEDIADOR	PROTOCOLO	RAMO/ MODALIDAD	PÓLIZA	PÓLIZA REEMPLAZADA
		2440001		
DURACION	FECHA EFECTO		FECHA VENCIMIENTO	
ANUAL RENOVABLE				

### 1. DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				
NIF/CIF	TELÉFONO DE CONTACTO		E-MAIL	
DOMICILIO:				
POBLACIÓN:		C. POSTAL	PROVINCIA	
DOMI. DE COBRO	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº. CUENTA
				NOMBRE ENTIDAD
ENTIDAD BENEFICIARIA			Nº. PTMO.	
<b>De acuerdo a lo expresado en los artículos 40 y siguientes de la ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el asegurado deberá notificar al Asegurador la constitución de un crédito hipotecario (en el caso de que exista) sobre el objeto del seguro.</b>				

### 2. DATOS DEL PROPIETARIO DEL CABALLO A ASEGURAR (SI ES DISTINTO DEL TOMADOR)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				
NIF/CIF	TELÉFONO DE CONTACTO			
DOMICILIO:				
POBLACIÓN:		C. POSTAL	PROVINCIA	

### 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CABALLO A ASEGURAR:

Nombre:	Raza:			
	Se dispone de libro de orígenes o DIE : <input type="checkbox"/> SI (Adjuntar fotocopia) <input type="checkbox"/> NO			
	Nº MICROCHIP:			
Año de nacimiento:	Capa:	Sexo:	Macho Castrado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Señales:				
Uso:	<input type="checkbox"/> Paseo y enganche	<input type="checkbox"/> Doma	<input type="checkbox"/> Salto	<input type="checkbox"/> Carreras
	<input type="checkbox"/> Cría	<input type="checkbox"/> Semental	<input type="checkbox"/> Raid	<input type="checkbox"/> Ponis
			<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Potro
Lugar de estabulación (indicar dirección):				
Valor del caballo en euros: <b>1.000 €</b>				

### 4. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO (Indique en cada caso lo que proceda, en caso de contestar negativamente, indique los detalles en el campo de observaciones en el reverso)

El caballo se encuentra en perfecto estado de salud y desparasitado con arreglo a las recomendaciones del veterinario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aportó toda la información relativa a la salud del caballo y detalles de enfermedades o problemas de alimentación padecidos por el caballo en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido infiltrado o neurotomizado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Padece o ha padecido en los últimos 24 meses alguna enfermedad contagiosa o infecciosa en la zona de las cuerdas del caballo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido durante los últimos 24 meses cuidados por parte de veterinarios quiroprácticos acupuntores u homeopáticos aparte rutinarios tipos de vacunas, obstetricia etc? Durante este tiempo no ha recibido esteroides ni analgésicos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿El caballo traga aire?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### 5. CONDICIONES DE ESTABULACIÓN

¿El caballo se estabula en un centro hípico con presencia humana 24 horas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿El caballo se estabula en domicilio particular habitual con establos apropiados?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿El caballo se estabula en prado con cobertizo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros (especificar)		

## 6. GARANTÍAS ASEGURADAS

GARANTÍAS	SUMA SEGUurada
Muerte	<b>1.000 €</b>
Responsabilidad Civil	306.000 € (franquicia de 150€)
Defensa	6.000 €
Retirada del cadáver	250 €

## 7. PRIMAS

Caballos de 15 meses hasta 14 años	<input type="checkbox"/> Prima total <b>97,84 €</b>
Caballos de 15 y 16 años	<input type="checkbox"/> Prima total <b>123,13 €</b>
Caballos de 17 y 18 años	<input type="checkbox"/> Prima total <b>148,61 €</b>

**La póliza tiene un plazo de carencia de 30 días desde la fecha de efecto, excepto para la garantía de responsabilidad civil, que no la tiene.**

## 8. OBSERVACIONES


El solicitante, declara que las respuestas a todas las preguntas efectuadas en el cuestionario de solicitud son exactas, conociendo que en base a ellas, se ha procedido a fijar la Prima Neta correspondiente, así como en su caso la aceptación o rechazo de la póliza de seguro, comprometiéndose a comunicar a CASER cualquier variación que pudiera producirse en las mismas con posterioridad a la firma de este documento (Artículos 10 y 11 de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de Octubre).

<b>Responsable</b>	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.- CASER	
<b>Finalidades principales y legitimación</b>	<b>Finalidades</b> a. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o plan de pensiones. b. Prevención del fraude	<b>Legitimación</b> a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato b. Cumplimiento de obligaciones legales.
<b>Otras finalidades adicionales y legitimación</b>	<b>Finalidades</b> a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales.	<b>Legitimación</b> a. Interés legítimo
<b>Destinatarios</b>	Entidades Reaseguradoras o Coaseguradoras. Sociedades del Grupo Caser. Entidades para la Prevención del Fraude. Administraciones Públicas	
<b>Derechos</b>	Acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad.	
<b>Delegado de Protección de Datos:</b>	<b>Dirección Postal:</b> Avda. de Burgos, 109 28050 - MADRID <b>Correo Electrónico:</b> dpogrupocaser@caser.es	
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: <a href="http://www.caser.es/protección-de-datos">www.caser.es/protección-de-datos</a>	

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el Artículo 122 del RDOSEAR. 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/TOMADOR DEL SEGURO: