

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DECLARACIÓN DEL RIESGO DEL TOMADOR

OFIC. SOLICITANTE	C. MEDIADOR	PROTOCOLO	RAMO/MODA.	PÓLIZA	PÓLIZA REEMPLAZADA
		00000001	28/02		
FORMA DE PAGO	DURACIÓN		FECHA EFECTO		FECHA VENCIMIENTO
	ANUAL RENOVABLE				
TOMADOR:					
NIF	TELÉFONO DE CONTACTO				
DIRECCIÓN:					
POBLACIÓN:	C. POSTAL	PROVINCIA			
ACTIVIDAD Y CÓDIGO CNAE:					
Domicilio de cobro/ Código IBAN:					

INFORMACIÓN DEL PILOTO DE LA AERONAVE (El autorizado por el Operador)

NOMBRE:	DNI:
---------	------

ACTIVIDAD ASEGURADA

La cobertura otorgada se extiende y limita al ámbito NACIONAL y solo para Aeronaves Civiles Pilotadas por Control Remoto (Dron/RPA) de Masa Máxima al despegue inferior a 20 Kg., que realicen las actividades que el Tomador del seguro / Asegurado indica a continuación:

ACTIVIDAD GENÉRICA de trabajos técnicos o científicos, detallar la/s actividad/es realizada/s:

1. Actividades de investigación y desarrollo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Tratamientos aéreos, fitosanitarios y otros que supongan esparcir sustancias en el suelo o la atmósfera, incluyendo actividades de lanzamiento de productos para extinción de incendios.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Fotografía, filmaciones y levantamientos aéreos (levantamientos topográficos, fotogrametría).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Investigación y reconocimiento instrumental: calibración de equipos, exploración meteorológica, marítima, geológica, petrolífera o arqueológica, enlace y transmisiones, emisoras, receptor, repetidor de radio o televisión.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Observación y vigilancia aérea incluyendo filmación y actividades de vigilancia de incendios forestales.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Operaciones de emergencia, búsqueda y salvamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Publicidad aérea.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Vuelo de pruebas (para manuales de operaciones y para las autoridades)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ACTIVIDADES NO INCLUIDAS (EXCLUIDAS):

1. Actividades aéreas de vuelos de prueba de los fabricantes.
2. Actividades aéreas de vuelos para escuela de pilotos.

IDENTIFICACIÓN DE LA AERONAVE ASEGURADA (DRON/RPA):

Número de serie (Serial/Number):	
Marca y Modelo de la Aeronave:	
Año de Fabricación:	Masa Máxima al despegue (MTOM):

Tanto la aeronave como el operador y el piloto deberán de disponer de los Certificados, licencias o permisos requeridos por la normativa vigente.

OPCIÓN ELEGIDA:	Límite / franquicia	Total prima
LIMITADA	Límite de indemnización: 300.000 € Franquicia: 150 € por siniestro	200,00 €
SI <input type="checkbox"/>	Eliminación de la franquicia en la Opción LIMITADA	320,00 €
AMPLIADA	Límite de indemnización: 1.000.000 € Franquicia: 150 € por siniestro	325,00 €
SI <input type="checkbox"/>	Eliminación de la franquicia en la Opción AMPLIADA	405,00 €
SI <input type="checkbox"/>	Inclusión de aeronave de 20 y hasta 25 kg. Franquicia (obligatoria) 200 €	357,00 €

Bajo petición expresa y mediante prima adicional, podrá temporalmente ser ampliado el ámbito geográfico del vuelo del aparato asegurado, al país de la UE donde se realice un determinado trabajo, pero solo sí el límite de indemnización del país incluido, no fuera mayor al establecido en el Reglamento (CE) 785/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo y/o al contratado en la póliza.

La persona que firma este cuestionario

- declara, en su nombre y en el de la Sociedad Tomadora del seguro en su caso, que las declaraciones contenidas en el mismo son verdaderas y completas.
- declara, que ha sido debidamente autorizado por el Tomador para actuar como su representante o apoderado con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen o afecten a esta solicitud y a la Póliza.
- se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.

Es importante que la persona que firma el cuestionario tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura, para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda, rogamos contacten con su Corredor o Agente, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos del Asegurado bajo la Póliza.

Hecho y firmado en _____ el día _____ de _____.

EL SOLICITANTE DEL SEGURO

Declaración:

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) se encuentra debidamente autorizada por la Dirección General de Seguros para operar en el ramo de responsabilidad civil vehículos aéreos (ramo 11) y cumple con los requisitos establecidos en el art. 50.3 d 7º de la Ley 18/2014 de 19 de octubre, para cada una de las aeronaves y actividades declaradas por el operador.

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 - 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica - Protección de Datos) o a través de www.caser.es.

Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltese la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con las distintas sociedades del Grupo CASER.

Los datos que se recaben podrán 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 solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810569.