

TOMADOR: FEDERACION GOLF COMUNIDAD VALENCIANA	NUM. POLIZA: 1021300002532
FECHA SINIESTRO:	NUM. SINIESTRO:

MARCAR LO QUE PROCEDA

RESPONSABILIDAD CIVIL ACCIDENTES

DATOS DEL CAMPO DE GOLF

CLUB DE GOLF:		
DOMICILIO:		
POBLACIÓN:	PROVINCIA:	C. POSTAL:
TELÉFONO:	GERENTE:	

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE/APELLIDO	
NIF / NIE / PAS:	EDAD:
TELÉFONO:	
DOMICILIO:	LIC. FEDERATIVA:
POBLACIÓN:	CÓDIGO POSTAL:
PAÍS DE ORIGEN:	EMAIL:

DATOS DEL CAUSANTE

NOMBRE/APELLIDO	
NIF / NIE / PAS:	EDAD:
TELÉFONO:	EMAIL:

DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE/FORMA OCURRENCIA

DAÑOS:

DAÑOS CAUSADOS POR BOLA DESCONOCIDA: SI NO

AUTORIDAD INTERVINIENTE:

TESTIGOS:

OTROS DATOS DE INTERES:

CENTRO MÉDICO/FACULTATIVO QUE LE PRESTA LA ATENCIÓN SANITARIA:

IMPORTANTE: Una vez cumplimentado el cuestionario, ha de enviarse a la dirección de correo electrónico: maria.blancosanchez@reale.es

El perjudicado del siniestro anteriormente autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y ña actualización de estos para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro.
- La cuantificación, en su caso, de la indemnización que corresponda.
- El pago del importe de la referida indemnización.

Asimismo, acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al Tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL PERJUDICADO