



**MUTUASPORT**  
seguros en la caza

# DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DE CAZA DAÑOS PROPIOS

MARCAR TIPO DE ACCIDENTE:

DAÑOS PROPIOS (Tarjeta Federativa)

En daños Propios: **FEDERADO / NO FEDERADO**

**ASEGURADO**

**LESIONADO**

D.:	.....		D.:	.....	
Domicilio:	.....		Domicilio:	.....	
Población:	.....	C.P.	.....	Población:	.....
Profesión:	.....	Teléf.:	.....	Profesión:	.....
Edad:	.....	Estado Civil:	.....	Edad:	.....
		DNI.:	.....		
Sociedad de Cazadores:	.....		Sociedad de Cazadores:	.....	
Domicilio:	.....	Teléf.:	.....	Domicilio:	.....
Población y Provincia:	.....		Población y Provincia:	.....	

Fecha del Siniestro: .....

Lugar: .....

Modalidad de Caza: .....

Municipio: .....

Provincia: .....

Detallar el Siniestro: .....

Daños corporales o lesiones SUFRIDAS: .....

¿Qué autoridad intervino? (Guardia Civil, Policía, etc..) .....

Juzgado que interviene: .....

TESTIGOS DEL SINIESTRO: (domicilio, teléfono, etc)

1º .....

2º .....

**DOCUMENTOS QUE HAY QUE ADJUNTAR, DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO:**

- |  |   |
|--|---|
| 1 Fotocopia del Certificado del Seguro Obligatorio y Voluntario. | 4 Fotocopia de la Licencia de Caza.     |
| 2 Fotocopia del Permiso de Armas.                                | 5 Fotocopia de la Tarjeta Federativa.   |
| 3 Fotocopia del DNI.   | 6 Informe médico de primera asistencia. |

El Asegurado declara que no dispone de ninguna otra póliza de seguros (con otra compañía), en caso contrario, indicar cuál y el número de la misma.

Los abajo firmantes, declaran ser ciertas las manifestaciones y datos recogidos en este documento

En

a

de

de 20

(Imprescindible)

Firma Asegurado:

Firma Federación Caza.

*Los firmantes aceptan expresamente que los datos personales facilitados y los generados como consecuencia del siniestro sean incorporados a un fichero cuyo responsable es MUTUASPORT, Mutua de Seguros Deportivos a Prima Fija, con la finalidad de llevar a cabo el estudio de las consecuencias del siniestro, así como el cumplimiento del propio Contrato de Seguro y las obligaciones legales que pudieran derivarse para esta entidad o terceras partes. Asimismo, consenten expresamente que los referidos datos personales sean comunicados a servicios sanitarios, peritos o aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas, así como al tomador de la póliza de seguro. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos mediante comunicación escrita dirigida a nuestro domicilio sito en la Avda. de Reina Victoria nº72, 1º, Madrid - 28003.*