

## Declaración de Siniestro

Nº Póliza <b>Z1 C30 0001145</b>	Sucursal y Agencia gestora	Nº siniestro
Clave tramitadora	Tramitador	

### Datos del Tomador

Nombre: FEDERACIÓN NAVARRA DE TIRO CON ARCO	NIF/CIF: Q3141113E	Nº Cliente:
Domicilio: Plaza Aldareguía nº 1- Casa del deporte		
Código Postal:31006	Localidad:Pamplona	Provincia: NAVARRA
Teléfono:	Otro Teléfono:	E-mail: federacion@arconavarra.es

### Datos del Asegurado (a rellenar sólo si es distinto al tomador)

Nombre:	NIF/CIF:	Nº Cliente:
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfono:	Otro Teléfono:	E-mail:

### Datos del Contrario

Nombre:	NIF/CIF:	Causante ( ) o Perjudicado ( )
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfono:	Compañía:	Nº Póliza:
Marca/Modelo del vehículo:	Matrícula:	
Otros riesgos (situación, ...):		

### Datos del Siniestro

Hora y Fecha ocurrencia:		Lugar de ocurrencia:	
Código Postal:	Localidad:	Provincia:	

Descripción detallada del siniestro (indicar causa, posibles responsabilidades, etc...):

SIN5/020/GRAFISANZ/1206

Registro Mercantil de Sevilla, Tomo 136, Libro 14 de la sección 3ª de Sociedades, folio 47, Hoja 869 C.I.F. A41003864

Edición septiembre 2006

**Daños materiales:**

Objetos afectados	Valor estimado	Propietario (asegurado/contrario)

**Daños personales:**

Nombre y Dirección	Descripción lesiones	Centro asistencial

**Testigos** (indicar nombre, domicilio, teléfono y relación con el asegurado)

**Otras cuestiones de interés:**

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito con copia de un documento de identificación a Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España)

En \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Asegurado y/o declarante (ver nota)

Nota: Si el declarante no es el propio Asegurado, debe cumplimentar lo siguiente:

Nombre:	NIF:	Teléfono:
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Relación o parentesco con el Asegurado:		