

COMUNICACIÓN DE RECLAMACIÓN
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CABALLAR

Póliza nº 2017331

DATOS DEL ASEGURADO					
Nombre y apellidos					
Domicilio					
Datos de contacto (e-mail y teléfono)					
DATOS DEL TERCERO / PERJUDICADO					
Nombre y apellidos					
Domicilio					
Datos de contacto (e-mail y teléfono)					
DATOS DEL CABALLO					
Nombre y nº chip					
DATOS DEL ACCIDENTE					
Fecha		Hora		Lugar	
Hora					
Lugar					
Descripción					
Croquis					
Firma y sello Federación			Firma asegurado		