

SOLICITUD DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN SEGURO DE VIDA/ACCIDENTES.
ORGANIZACIÓN COLEGIAL VETERINARIA.

DATOS DEL COLEGIADO			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
COLEGIO DE PROCEDENCIA:		Nº COLEGIADO:	
N.I.F.:			
DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
DOMICILIO:	POBLACIÓN:	PROVINCIA:	C.P.:
N.I.F.:	TLFO.: FAX:	E-MAIL:	
RELACIÓN BENEFICIARIOS			
NOMBRE	PARENTESCO	N.I.F.	
DATOS DEL SINIESTRO			
FECHA DEL SINIESTRO:		FECHA NACIMIENTO DEL COLEGIADO:	
CAUSA DEL SINIESTRO:			
<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Muerte Natural			
Nota: La documentación que habrá de presentarse para la tramitación de la indemnización solicitada les será requerida por la Compañía Aseguradora.			

A los efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos consignados por ud. en el presente formulario, serán recogidos en un fichero cuyo responsable es el Colegio de Veterinarios de Alicante. Autoriza ud. expresamente al Colegio de Veterinarios de Alicante a la comunicación de sus datos a los terceros, organismos públicos o privados, que resulten necesarios para la prestación de servicios de este colegio profesional. Ud. tiene derecho de acceso a dicho fichero y rectificación de sus datos personales que resulten erróneos u obsoletos. Igualmente tienen derecho de cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales. El ejercicio de estos derechos podrá efectuarlo dirigiéndose por escrito a: Colegio de Veterinarios de Alicante, Rambla Méndez Núñez, nº 38, Alicante, 03002.