



SOLICITUD PAGO INDEMNIZACIÓN SEGURO DE VIDA / ACCIDENTES
ORGANIZACIÓN COLEGIAL VETERINARIA

DATOS DEL COLEGIADO		
NOMBRE		APELLIDOS
COLEGIO DE PROCEDENCIA		Nº DE COLEGIADO
NIF	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS DEL SOLICITANTE		
NOMBRE		APELLIDOS
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CP
NIF	TEL	FAX

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS		
NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	NIF

DATOS DEL SINIESTRO	
FECHA DEL SINIESTRO	
FALLECIMIENTO POR CAUSAS NATURALES <input type="checkbox"/>	INVALIDEZ POR CAUSAS NATURALES <input type="checkbox"/>
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	INVALIDEZ POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>

NOTA: La documentación que habrá de presentarse para la tramitación de la indemnización solicitada les será requerida por la Compañía Aseguradora.