

**SOLICITUD PAGO 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.: | E-MAIL: | |
| | FAX: | | |
| • RELACIÓN BENEFICIARIOS | | | |
| NOMBRE | PARENTESCO | N.I.F. | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| • DATOS DEL SINIESTRO | | | |
| FECHA DEL SINIESTRO: | | FECHA NACIMIENTO DEL COLEGIADO: | |
| CAUSA DEL SINIESTRO: | | | |
| Accidente | | Muerte Natural | |
| Nota: La documentación que habrá de presentarse para la tramitación de la indemnización solicitada les será requerida por la Compañía Aseguradora. | | | |

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O. 15/1999) le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de los ficheros titularidad de ILUSTRE COLEGIO DE VETERINARIOS DE NAVARRA, cuya finalidad exclusiva es la ordenación, en el ámbito de su competencia, del ejercicio de la profesión veterinaria y la gestión de los intereses privados de sus miembros, en definitiva, los fines colegiales descritos en las leyes, estatal y autonómica, de Colegios Profesionales, y especialmente en los Estatutos de la Corporación.

Para satisfacer esta finalidad, solicitamos su consentimiento expreso para tratar sus datos.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada L.O. 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de NIF, dirigido a la dirección del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE NAVARRA, AVDA. BAJA NAVARRA Nº 47 – 31002 de PAMPLONA o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.