

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

(A cumplimentar por el reclamante)

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre	Apellidos	NIF
Domicilio	Población	C.P.
Provincia	Tfno	Movil
Email		

DATOS DEL VETERINARIO

Nombre	Apellidos	NIF
Domicilio	Población	C.P.
Provincia	Tfno	Movil
Email		

Nombre Clínica

RECLAMACIÓN

Causa	Fecha
-------	-------

Declaración de los hechos

Pretensiones de la reclamación

Fecha

Firma