



FICHA A RELLENAR POR LOS COLEGIADOS Y ACREDITADOS QUE TIENEN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CON ASEGURADORAS AJENAS A LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL, EN LUGAR DE CON M.U.S.A.A.T.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA _____

C.I.F. _____ **Tlf.:** _____

Domicilio _____

C.P. _____ **Localidad** _____

NOMBRE DEL COLEGIADO _____

PRIMA ASEGURADA _____

Nº ASEGURADO _____ **Nº PÓLIZA** _____

FECHA DE ALTA _____ **FECHA DE BAJA** _____

Granada, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____