



Nº SOLICITUD: _____

FECHA DE RECEPCIÓN: _____

**FONDO DE COMPENSACIÓN
ANPE-ANDALUCIA**

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA ACCIDENTES DE TRÁFICO LABORALES

DATOS PERSONALES:

Nombre del Afiliado: _____

NIF: _____ Tlf.: _____ Correo: _____

Prov. Afiliación: _____ Fecha Afiliación: _____

IBAN/Nº CTA.CTE.: _____

DATOS DEL SINIESTRO:

Nombre del Titular del Vehículo: _____ (1)

Fecha del Siniestro: _____ ¿Es Vd.Responsable del Siniestro?: SI NO

¿Tiene Vd.cubierto integramente, los gastos derivados del siniestro por alguna Cia de Seguros?

SI NO

¿Ha sido declarado el siniestro total: SI NO

Fecha de Reconocimiento por la Administración del Accidente Laboral: _____

Muy importante: Junto a la presente solicitud, debe adjuntar copia de la factura de reparación o del importe de la franquicia. En caso de siniestro total, declaración de su Cía.. de Seguro de dicha circunstancia. Al mismo tiempo deben remitir copia de la resolución de reconocimiento de accidente laboral por parte de la administración educativa.

Toda la documentación deben remitirla en formato PDF, la recibida en cualquier otro formato no será tenida en cuenta

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: _____

DNI: _____

(1) SI EL TITULAR DEL VEHÍCULO ES DISTINTO AL AFILIADO/A, DEBERÁ ACREDITAR EL PARENTESCO CON EL MISMO