

## Al Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas

### Solicitud de Seguro de Salud

Sí, deseo asegurarme a través de la póliza colectiva de salud de la que es tomador COLEGIO DE INGENIEROS TECNICOS DE OBRAS PÚBLICAS, con CIF Q2867010G, concertada con Adeslas a partir del día 1 del mes siguiente a la fecha de firma del presente documento, de acuerdo con las condiciones generales y particulares que manifiesto conocer, para lo que facilito los siguientes:

#### I. DATOS PERSONALES

<b>Asegurado</b>	<b>NIF</b>	<b>Nº Colegiado/a</b>
<b>Tutor/a legal</b>	<b>NIF Tutor</b>	
<b>Fecha Nacimiento Asegurado</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Email</b>
<b>Dirección</b>	<b>C.P.</b>	<b>Ciudad</b>

y al efecto, otorgo expreso consentimiento para la recogida y tratamiento de los datos facilitados para la gestión, cumplimiento y ejecución del seguro de asistencia sanitaria:

<b>I. OPCIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	<b>Importe/mes/asegurado</b>
<b>Colegiados, sus familiares y empleados hasta 64 años</b>	<b>40,95 €</b>

#### II. DATOS BANCARIOS

IBAN	BANCO	SUCURSAL	DC	Nº CUENTA

#### TITULAR DE LA CUENTA:

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO: Autorizo a CITOP. Con CIF Q-2867010-G, a cargar y enviar a la cuenta indicada, los recibos correspondientes a la póliza contratada. Póliza suscrita por SecurCaixa Adeslas SA de Seguros y Reaseguros S.A e intermediada por Albrok Mediación SAU, Correduría de Seguros. Inscrito en el Registro especial de Corredores de Seguros y de sociedades de Correduría de Seguros con Seguro de responsabilidad civil y caución conforme a lo previsto en la legislación vigente. Los datos facilitados serán incorporados a un fichero de titularidad del Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas denominado: "Asegurados Adeslas", con la finalidad de la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato del seguro de asistencia sanitaria. Así mismo le informamos que sus datos serán tratados por la Aseguradora y la Correduría únicamente para dicha finalidad. Se podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la calle José Abascal nº 20, 1º de Madrid (28003), o a través de la dirección [consejo@citop.es](mailto:consejo@citop.es)

**Firma Titular Cuenta**

**Fecha y Firma Asegurado\***

\*En caso de menores firma tutor/a legal