

## 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 TITULAR

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

#### II. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

### III. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

### IV. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

### V. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

