



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

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

II. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

III. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

IV. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

V. DATOS PERSONALES OTROS ASEGURADOS

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

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

PÓLIZA CONTRATADA	Colegiados, sus familiares y empleados hasta 64 años
Importe/mes/asegurado	57€

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 SegurCaixa Adeslas SA de Seguros y Reaseguros S.A e intermediada por Integra Brokers Correduría de Seguros SL. Inscrito en el Registro especial de Corredores de Seguros y de sociedades de Corredurías 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

***Es necesaria la cumplimentación del cuestionario de salud.*

Firma Titular Cuenta

Fecha y Firma Asegurado*

*En caso de menores firma tutor/a legal

Para cualquier aclaración o información llame al Tlf: 914 516 920
o a través del correo electrónico: segurosalud@citop.es