Al Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas e Ingenieros Civiles

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 E INGENIEROS CIVILES, con CIF Q2867010G, concertada con Adeslas a partir del día 1 del mes siguiente a la fecha de firma del presente documento, de acuerdo a las condiciones generales y particulares que manifiesto conocer, para lo que facilito los siguientes:

I. DATOS PERSONALES

Asegurado | **NIF**

Tutor/a legal | **NIF Tutor**

F. Nacimiento Asegurado | **Teléfono** | **Correo electrónico**

Dirección | **Código postal** | **Ciudad**

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:

I.- OPCION DE CONTRATACION

		Importe/mes/Asegurado
☐	Colegiados, sus familiares y empleados hasta 64 años.	40,95€
☐	Colegiados, sus familiares y empleados a partir de 65 años.	95,00€

II. DATOS BANCARIOS

IBAN				BANCO				SUCURSAL				DC		Nº CUENTA									

TITULAR DE LA CUENTA:

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO: Autorizo a CITOPIC. 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 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

Firma Titular Cuenta | **Fecha y Firma Asegurado***

*En caso de menores, firma tutor/a legal

Para cualquier aclaración o información llame al Tlf: 646232050 o a través del correo electrónico: segurosalud@citopic.es