



SOLICITUD DE ALTA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL

Vitoria-Gasteiz, ade.....de

D./Dña.
D.N.I. N° COLEGIADO:.....
DOMICILIO:
POBLACIÓN: PROVINCIA:.....
N° TELÉFONO: N° MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:

Informado de las condiciones de la Póliza del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional que el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava ha negociado con la Compañía de Seguros A.M.A., deseo inscribirme a ella, autorizando al Colegio a pasar a través del banco, el recibo correspondiente a las coberturas específicas.

Dar de alta a partir dede.....de 2.0.....
Capital asegurado.....

Conforme con dichas condiciones y aceptando el cobro del recibo, firmo la presente autorización.

Fdo. _____