

**RELLENE LOS SIGUIENTES DATOS NECESARIOS PARA LA SOLICITUD DE SEGUROS QUE PRESTA LA FUNDACIÓN:**

- NOMBRE:
- APELLIDOS:
- Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
- Nº DE COLEGIADO:
- COLEGIO DE MÉDICOS AL QUE PERTENECE:
- ESPECIALIDAD:
- JUBILADO O EN ACTIVO:
- FECHAS DEL VIAJE: desde \_\_ / \_\_ /\_\_\_\_ hasta \_\_ / \_\_ /\_\_\_\_
- PAÍS DE DESTINO:
- CIUDAD/REGIÓN:
- CAMPAÑA EN LA QUE PARTICIPA:
- CORREO ELECTRÓNICO:
- TELÉFONO DE CONTACTO:
- ¿DISPONE DE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CONTRATADA A TÍTULO INDIVIDUAL?:

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE SU **COMPAÑÍA Y MODALIDAD**  
(Especifique si es particular o colectiva a través de su Colegio de Médicos):

***\*Siga las instrucciones de nuestra página web para enviar la documentación asociada a su seguro de Responsabilidad Civil Profesional, tanto si dispone de él como si no.***

***\*\*[BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.](#)***