

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RCT PROFESSIONALE
- ESTERO - Dottorandi Area Medica

Il sottoscritto (nome e cognome)
nato a il
iscritto/a al Corso di Dottorato in
..... dell'Area Medica per il corrente A.A. /.....
residente/domiciliato in Via/le/P.zza
Cap Località
Tel e-mail:

DICHIARA

- di voler svolgere un periodo di formazione all'estero (dal al.....)
nel seguente Stato:..... ;
- che la struttura ospitante per il periodo di formazione all'estero è la seguente: (*indicare la denominazione e l'indirizzo completo*):
.....
- che durante la permanenza all'estero svolgerà (*barrare la casella interessata*):
 - attività assistenziale NON invasiva;
 - attività assistenziale invasiva;
 - attività di ricerca.

Ai fini dell'operatività della polizza RCT PROFESSIONALE – n. 406376720 – Sez. III stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A. (periodo di validità: 31/12/20 – 31/12/25) scaricabile dal sito dell'Ateneo.

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'estensione della copertura RCT PROFESSIONALE per l'ESTERO avviene su richiesta e con premio a proprio carico.

Consapevole che il premio lordo annuo pro-capite (frazionabile) è pari a:

1. Paesi Esteri (esclusi Usa, Canada e Messico):
 - a. **attività non invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 591,34;
 - b. **attività invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 1.182,67.
2. Usa, Canada e Messico:
 - a. **attività non invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 1.182,67;
 - b. **attività invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 3.613,72.

DICHIARA

- di aderire alla polizza RCT PROFESSIONALE sezione III Polizza n. 406376720 stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A. per il su indicato periodo di formazione (*ogni variazione di periodo deve essere tempestivamente comunicata*);
- di NON aderire alla polizza RCT PROFESSIONALE Polizza n. 406376720 stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A. per il/i seguente/i motivo/i:
 - la struttura ospitante garantisce idonea copertura assicurativa per la responsabilità civile Professionale verso Terzi (RCT PROFESSIONALE);
 - il sottoscritto ha stipulato in proprio idonea copertura assicurativa per la RCT PROFESSIONALE con la seguente Compagnia
Polizza n. valida sino al

Per i **titolari di borsa** il prelievo avverrà automaticamente a cura degli uffici dell'Ateneo.

PER I NON TITOLARI DI BORSA

DICHIARA

di aver versato il premio nella seguente modalità:

- Pagamento da effettuarsi tramite PagoPa (emesso tramite richiesta da effettuarsi via mail all'indirizzo *assicurazioni@unimib.it*).

N.B. Causale del pagamento: "ASS-RCT-DOTT-ESTERO + *nome e cognome del beneficiario dell'assicurazione se diverso da colui che effettua il pagamento*".

Si allega prova dell'avvenuto versamento

Firma

Data _____, Lì _____

ALLEGATI:

- copia del documento di identità (con validità in corso);
- copia della delibera del Consiglio di Scuola che ha approvato il periodo di permanenza all'estero;
- una lettera di intenti dell'ente ospitante;
- copia del modulo Progetto Formativo Presso Strutture Sanitarie Extra Rete Formativa.