

Al Rettore dell'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA

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

Il sottoscritto (nome e cognome).....
nato a il
con riferimento al Corso/Scuola di Dottorato dell'Area Medica
..... anno accademico/
residente/domiciliato in
via/le/P.zza Cap
Tel..... e-mail:

DICHIARA

- che svolgerà, nell'ambito del Corso/Scuola di Dottorato (barrare la casella interessata):

- A) attività assistenziale NON invasiva;
- B) attività assistenziale invasiva;
- C) attività di ricerca di base (non assistenziale) ¹

* * *

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 alla pag. <http://www.unimib.it/go/2780827509619378801>

consapevole che il **premio lordo annuo a proprio carico è pari a:**

- A) € 295,67 per attività NON invasiva
- B) € 591,34 per attività invasiva

DICHIARA

N.B.: in questo caso opera la sez. I - Polizza n. 406376720 - RCT non professionale con premio a carico dell'Ateneo: **firmare e presentare comunque la dichiarazione senza compilare il prosieguo del modulo.**

di NON aderire alla polizza RCT PROFESSIONALE Polizza n. 406376720 sez. III stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A., avendo stipulato in proprio idonea copertura assicurativa per la RCT PROFESSIONALE con la seguente Compagnia Polizza n. valida sino al

di aderire alla polizza RCT PROFESSIONALE Polizza n. 406376720 stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A. e, a tal fine,

DICHIARA² di aver versato il premio nella seguente modalità:

- per i non titolari di borsa (*barrare la casella interessata*)

bonifico bancario con spese a carico del versante e a favore di:

ATENEO – AMMINISTRAZIONE CENTRALE
Cin: k ABI: 05696 CAB: 01628 NUMERO C/C: 000000200X71
IBAN: IT87K0569601628000000200X71
C/O banca popolare di Sondrio
Agenzia di Milano - ag. n. 29 – Bicocca
Piazza della Trivulziana, 6
20126 – Milano

ovvero

versamento in contanti da effettuarsi direttamente presso lo sportello della Banca Popolare di Sondrio sito al piano terra dell'edificio U6 – Piazza dell'Ateneo, 1 – 20126 Milano

In ogni caso deve sempre essere indicata come causale del versamento: "**ASS-RCT-DOTT-ITALIA** + nome e cognome del beneficiario dell'assicurazione se diverso da colui che effettua il pagamento".

- (*solo per i non borsisti*): si allega prova dell'avvenuto versamento.

Firma

Data

all.: _____

Il presente modulo va inoltrato a assicurazioni@unimib.it

Per informazioni: Ufficio Legale – Ed. U6. p. 4° st. 4026 - Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano: e-mail: assicurazioni@unimib.it; Tel.: 02/6448-6013/6069

² N.B.: per i **titolari di borsa** il prelievo avverrà automaticamente a cura degli uffici dell'Ateneo.