

**MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RCT PROFESSIONALE  
PER GLI SPECIALIZZANDI DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA  
MEDICA CHE SI RECANO ALL'ESTERO NELL'AMBITO DEL PERCORSO DI  
FORMAZIONE**

Il sottoscritto (nome e cognome) .....  
nato a ..... il.....  
iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in .....  
.....  
del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia per l'A.A. .... /.....  
residente/domiciliato in Via/le/Piazza .....  
.....  
Cap ..... Località.....  
Tel..... e-mail: .....

**PREMESSO CHE**

- Il periodo di specializzazione verrà svolto nel seguente Stato .....  
.....;
- la struttura ospitante per il periodo di formazione all'estero è la seguente (indicare la denominazione e l'indirizzo completo): .....  
.....  
.....  
presso il reparto di .....;

**DICHIARA**

- di aderire alla copertura assicurativa RCT professionale - Polizza n. 406376720 emessa da AXA Assicurazioni S.p.A.;
- per il periodo di formazione all'estero previsto dal..... al  
..... (ogni variazione di periodo deve essere tempestivamente comunicata);
- che durante la permanenza all'estero svolgerà (barrare la casella interessata):
  - attività assistenziale invasiva;
  - attività assistenziale NON invasiva;
  - attività di ricerca di base.
- di essere a conoscenza del fatto che la copertura avrà effetto per le richieste di risarcimento che pervengano per la prima volta all'Università degli Studi di Milano-Bicocca (Settore Legale) durante il periodo di validità della presente estensione di polizza purché conseguenti a fatti

verificatisi durante il periodo di specializzazione all'estero per i quali sia stata attivata la garanzia;

- di essere a conoscenza del fatto che in caso di sussistenza di altre polizze a copertura del medesimo rischio, contratte dai soggetti impegnati nel progetto e/o dalle strutture estere presso cui gli specializzandi si recheranno, la copertura di cui alla suddetta polizza opererà in secondo rischio, in eccesso pertanto rispetto ai massimali prestati dalle eventuali altre polizze ed a primo rischio esclusivamente in caso di inoperatività delle predette. A tal fine attesta (barrare la casella interessata):
  - che la struttura ospitante ha stipulato idonea copertura assicurativa;
  - che la struttura ospitante NON ha stipulato idonea copertura assicurativa;
  - di ignorare la sottoscrizione, da parte della struttura ospitante, di idonea copertura assicurativa;
- di essere a conoscenza del fatto che la quota di adesione alla copertura assicurativa comporterà una detrazione dal corrispettivo dovuto per il contratto pari a (N.B.: i premi sotto indicati si riferiscono al premio lordo annuo da intendersi frazionabile per ciascun mese o frazione di mese del periodo di copertura richiesto):
  - in Paesi Esteri esclusi Usa, Canada e Messico:
    - medici che effettuano **attività non invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € **591,34**;
    - medici che effettuano **attività invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € **1.182,67**.
  - in Usa, Canada e Messico:
    - medici che effettuano **attività non invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € **1.182,67**;
    - medici che effettuano **attività invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € **3.613,72**.

## **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.