

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RCT PROFESSIONALE  
SPECIALIZZANDI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Il Sottoscritto (nome e cognome).....  
Nato a ..... il.....  
Iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in.....  
della Facoltà di Medicina e Chirurgia dal.....  
Residente/Domiciliato in Via.....  
.....  
Cap.....Località.....  
Tel..... e-mail: .....

**DICHIARA**

- di aderire alla copertura assicurativa RCT professionale - Polizza n. 272344667 stipulata con le Assicurazioni Generali S.p.A. - Atto di dichiarazione n. 1 - per il periodo di formazione all'estero previsto dal ..... al..... (ogni variazione di periodo deve essere tempestivamente comunicata);
- che il periodo di specializzazione verrà svolto nel seguente Stato .....
- che la struttura ospitante per il periodo di formazione all'estero è la seguente: (indicare la denominazione e l'indirizzo completo).....  
.....  
presso il reparto di .....
- che durante la permanenza all'estero svolgerà (barrare la casella interessata):
  - attività assistenziale invasiva;
  - attività assistenziale NON invasiva;
- 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 (Ufficio per le Problematiche Assicurative) durante il periodo di validità della suindicata 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 non sono frazionabili):

**in Paesi Esteri esclusi Usa, Canada e Messico**

**medici che effettuano attività non invasiva**

- premio lordo pro-capite per permanenze fino a 6 mesi € 75,00
- premio lordo pro-capite per permanenze oltre 6 e fino a 12 mesi € 150,00

**medici che effettuano attività invasiva**

- premio lordo pro-capite per permanenze fino a 6 mesi € 200,00
- premio lordo pro-capite per permanenze oltre 6 e fino a 12 mesi € 400,00

**in Usa, Canada e Messico**

**medici che effettuano attività non invasiva**

- premio lordo pro-capite per permanenze fino a 6 mesi € 900,00
- premio lordo pro-capite per permanenze oltre 6 e fino a 12 mesi € 1.800,00

**medici che effettuano attività invasiva**

- premio lordo pro-capite per permanenze fino a 6 mesi € 2.400,00
- premio lordo pro-capite per permanenze oltre 6 e fino a 12 mesi € 4.800,00

**Firma**

**Data .....**

.....

**ALLEGARE :**

- **copia della delibera del Consiglio di Scuola approvante il periodo di permanenza all'estero dello specializzando**
- **copia della Carta d'identità**