

**MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RC PROFESSIONALE
PER I DOTTORANDI IN AREA MEDICA
- ESTERO -**

La/Il sottoscritto/a
iscritto/a al Corso di Dottorato (Area Medica) in
..... per l'a.a. /

PREMESSO CHE

- il periodo all'estero verrà svolto nel seguente Stato:
- la struttura ospitante per il periodo di formazione all'estero è la seguente:

DICHIARA

- di **aderire** alla copertura assicurativa RC Professionale - n. 414423731 - 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);
- di **non aderire** alla copertura assicurativa RC Professionale offerta dall'Ateneo;
- che durante la permanenza all'estero svolgerà (*barrare la casella interessata*):
 - attività assistenziale **non invasiva**;
 - attività assistenziale **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 (Settore Legale) durante il periodo di validità della presente estensione di polizza purché conseguenti a fatti verificatisi durante il periodo all'estero per i quali sia stata attivata la garanzia;
- di essere consapevole che per poter aderire alla copertura è necessario essere in possesso dell'abilitazione allo svolgimento della professione medica;
- 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 i dottorandi si recheranno, la copertura di cui alla suddetta polizza opererà in secondo rischio, in eccesso pertanto rispetto ai massimali prestati dalle eventuali altre polizze e 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 dalla borsa pari a:

- in Paesi Esteri esclusi Usa, Canada e Messico:
 - medici che effettuano attività **non invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 399,66;
 - medici che effettuano attività **invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 1.332,20.
- in Usa, Canada e Messico:
 - medici che effettuano attività **non invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 932,54;
 - medici che effettuano attività **invasiva**, premio lordo pro-capite annuo: € 3.330,50.

(N.B.: i valori indicati si riferiscono al premio lordo annuo da intendersi frazionabile per ciascun mese del periodo di copertura richiesto)

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

*Per i **non titolari di borsa**, il premio deve essere pagato tramite PagoPa (emesso previa richiesta all'indirizzo assicurazioni@unimib.it).*

Firma

Data _____, li _____

ALLEGATI:

- *copia del documento di identità (con validità in corso);*
- *copia del documento di approvazione del periodo di permanenza all'estero;*
- *lettera di intenti dell'ente ospitante;*
- *copia del modulo Richiesta Frequenza Estero.*