

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

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

**DICHIARA**

- che, nell'ambito del Corso di Dottorato, svolgerà (*barrare la casella interessata*):
  - attività assistenziale **non invasiva**;
  - attività assistenziale **invasiva**.
- che la struttura ospitante per il periodo di formazione è la seguente: .....  
.....
- di aderire alla copertura assicurativa RC Professionale - n. 414423731 - emessa da AXA Assicurazioni S.p.A., per il periodo dal ..... al ..... (*ogni variazione di periodo deve essere tempestivamente comunicata*);
- di essere consapevole che il premio lordo annuo a proprio carico è pari a:
  - € **333,05** per attività non invasiva;
  - € **666,10** per attività invasiva.

*(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).*

- 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 per il quale 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 esterne 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;

**Firma**

Data \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

ALLEGATI:

- *copia del documento di identità (con validità in corso);*
- *copia del documento di approvazione del periodo di formazione;*
- *lettera di intenti dell'ente ospitante;*
- *prova del pagamento per i non titolari di borsa.*