

**MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RC PROFESSIONALE
PER GLI SPECIALIZZANDI IN AREA MEDICA
- ESTERO -**

La/Il sottoscritto/a
iscritto/a alla Scuola di Specializzazione (Area Medica) in
..... per l'a.a. /

PREMESSO CHE

- il periodo di specializzazione 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 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 (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 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 decurtazione del corrispettivo dovuto per il contratto 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)

Firma

Data _____, li _____

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;*
- *copia della lettera di intenti dell'ente ospitante;*
- *copia del modulo Progetto Formativo Presso Strutture Sanitarie Extra Rete Formativa.*