

## ALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

### MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RCT PROFESSIONALE PER GLI SPECIALIZZANDI DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA CHE SI RECANO ALL'ESTERO NELL'AMBITO DEL PERCORSO DI SPECIALIZZAZIONE

Il sottoscritto (nome e cognome) .....  
nato a ..... il .....  
iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in .....  
del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia per il corrente anno accademico ...../.....  
residente/domiciliato in Via .....  
.....  
Cap..... Località .....  
Tel. .... E-mail: .....  
Fax.....

#### 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. 75622994 emessa da ALLIANZ S.P.A., con sede legale a Trieste, Largo Ugo Irneri n. 1, C.F. e P.IVA 05032630963;
- 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;
- 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 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 €756,00

medici che effettuano **attività invasiva**

premio lordo pro-capite annuo €1.512,00

- **in Usa, Canada e Messico**

medici che effettuano **attività non invasiva**

premio lordo pro-capite annuo €1.512,00

medici che effettuano **attività invasiva**

premio lordo pro-capite annuo €4.620,00

**Firma**

**Data .....**

.....

**ALLEGATI:**

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