

## CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE COBERTURA DE SEGURO

Es preciso cumplimentar el siguiente cuestionario, firmarlo y enviar una copia escaneada a: ari.docs.propi.out@uab.cat

### DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre y Apellidos:	
DNI/Pasaporte:	
Programa de Estudios:	
País de Origen:	
Duración del Curso:	

Certifico que poseo un seguro individual por el periodo de \_\_/\_\_/\_\_ hasta \_\_/\_\_/\_\_ con las siguientes coberturas como mínimo:

	SI	NO	Observaciones (indicar cuantía, si procede)
1. ¿Existe franquicia en su póliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad			
a. Honorarios Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Gastos Farmacéuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Servicios de Urgencia y No Urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Capital Asegurado Mínimo: 12.000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Sin límite de días de Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Repatriación o Traslado sanitario sin límite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Traslado de Restos Mortales sin límite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Cubre en el país donde se efectúa el curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Compañía Aseguradora:	
Nº de póliza:	

Me comprometo a mantener en vigor la póliza de seguro que otorga las coberturas mínimas indicadas en los apartados anteriores hasta el final del curso, y notificar a la UAB cualquier cambio que se realice en las mismas.

Exonero a la UAB de cualquier responsabilidad frente a reclamaciones relacionadas con la presente información.

Bellaterra, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma