

CERTIFICAT D'EXISTÈNCIA DE LA COBERTURA DE L'ASSEGURANÇA

Document que certifica l'assegurança mèdica addicional. Cal entregar també una còpia de la pòlissa o certificat emès per l'asseguradora.

Nom i cognoms	
DNI/NIE	
Programa	UAB EXCHANGE PROGRAMME TRAINEESHIPS
País de destí	
Duració de l'estada	

Companyia Asseguradora	
Nº de pòlissa	

Certifico que disposo d'una assegurança individual pel període del ___/___/___ fins al ___/___/___ amb mínim les següents cobertures:

	SÍ	NO	Observacions (indicar quantitat €)
1. Existeix franquícia a la seva pòlissa?			
2. Despeses mèdiques per Accident o Malaltia			
Honoraris mèdics			
Despeses farmacèutiques			
Hospitalització			
Serveis d'Urgència i No Urgència			
Capital assegurat mínim: 30.000€			
Sense límit de dies d'hospitalització			
3. Repatriació o trasllat sanitari sense límit			
4. Trasllet de restes mortals sense límit			
5. Cobreix al país on s'efectuen les pràctiques			

Em comprometo a mantenir en vigor la pòlissa d'assegurança que atorga les cobertures mínimes indicades en els apartats anteriors fins al final de l'estada de pràctiques, i notificar al Servei d'Ocupabilitat qualsevol canvi que es realitzi de les mateixes.

Exonero a la UAB de qualsevol responsabilitat enfront reclamacions relacionades amb la present informació.

Signatura

Bellaterra, a ___ de _____ de 20 ____