**CERTIFICADO EXISTENCIA COBERTURA SEGURO**

**DATOS DEL ASEGURADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos |  |
| DNI/Pasaporte |  |
| Programa de movilidad |  |
| País Origen |  |
| Duración de la Estancia |  |

Certifico que tengo contratado un seguro para el período (FECHA INICIO ESTANCIA – FECHA DE FINALIZACIÓN ESTANCIA), que cumple con los requisitos específicos para el programa Erasmus+ Ka171 indicados en la convocatoria de ayudas para la movilidad de personal para docencia y formación a terceros países no asociados.

**Requisitos específicos para el Programa Erasmus+ KA171**

Acreditar un seguro médico con cobertura fuera del territorio europeo, de acuerdo con los requisitos de entrada al país de destino, durante todo el período de la estancia. La UAB recomienda que se contrate un seguro que tenga un **capital contratado de 300.000€**, que incluya **gastos médicos, quirúrgicos y de responsabilidad civil en el país de destino.**

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

Exonero a la UAB de cualquier responsabilidad ante reclamaciones relacionadas con la presente

Información.

Firma: