

CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE COBERTURA DE SEGURO

Es preciso cumplimentar el siguiente cuestionario, firmarlo y enviar una copia escaneada a: uab.exchange.programme@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 (mínimo):

	<i>Capital Contratado:</i>
Gastos de curación por enfermedad o accidente (Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de hospitalización y gastos de ambulancia)	300.000 € SIN COPAGO
Repatriación o transporte de fallecidos	INCLUIDO
Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos <i>Avión sanitario sólo para Europa y países ribereños del Mediterráneo</i>	INCLUIDO
Gastos odontológicos de urgencia	600 €
Gastos de prolongación de estancia en hotel	100 € día / máx. 10 días
Pérdida del vuelo por accidente in itinere	300 €
Gastos de gestión por pérdida/robo de documentación oficial	100 €
Demora salida medio de transporte, más de 4 horas	200 €
Adelanto de fondos en caso de robo de medios de pago en el extranjero	1.500 €
Transmisión de mensajes urgentes	INCLUIDO
Prestación y/o adelanto de fianzas penales en el extranjero	3.000 €
Billete de ida y vuelta para un familiar, en caso de hospitalización > 7 días	INCLUIDO
Gastos de estancia para un familiar, en caso de hospitalización > 7 días.	100 € día / máx. 10 días
Regreso anticipado a causa de fallecimiento u hospitalización de un familiar	INCLUIDO
Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales	200 €
Robo y daños materiales al equipaje	600 €
Demora en la entrega de equipajes	100 €
Envío de objetos olvidados en el Hotel o Apartamento	150 €
Anulación de Viaje	300 €
Anulación de viaje por terrorismo o catástrofes naturales	300 €
Defensa jurídica Asistencia en Viaje	3.000 €
Responsabilidad Civil Privada	60.000 €
Fallecimiento por Accidente	60.000 €
Invalidez Permanente	60.000 €
Pérdida de Clases	1.200 €
Pérdida de Matrícula	1.800 €

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