**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

**DE SEGURO PARA LA ESTANCIA ACADÉMICA EN LA UPC**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasaporte/Número identificación** |  |
| **APELLIDOS Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE** |  |
| **UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA** |  |
| **(PERIODO PREVISTO)** |  |

DECLARO bajo mi responsabilidad la cobertura de los siguientes conceptos

|  |
| --- |
| **COBERTURA: ASISTENCIA SANITARIA** |
|  | Pruebas diagnósticas |
|  | Intervenciones quirúrgicas |
| ☐ **European Health Insurance Card** | Número de la tarjeta |  |
| ☐ **Compañía de seguros** *(especificar)***:** | Número de póliza |  |
| ☐ **No cubierto** |

|  |
| --- |
| **COBERTURA: ACCIDENTES** |
|  | Indemnización por minusvalía permanente |
|  | Indemnización por defunción  |
| ☐ **Compañía de seguros** *(especificar)***:** | Número de póliza |  |
| ☐ **No cubierto** |

|  |
| --- |
| **COBERTURA: TRASLADO DE RESTOS MORTALES** |
| ☐ **Compañía de seguros** *(especificar)***:** | Número de póliza |  |
| ☐ **No cubierto** |

|  |
| --- |
| **RESPONSABILIDAD CIVIL** |
| ☐ **Compañía de seguros** *(especificar)***:** | Número de póliza |  |
| ☐ **No cubierto** |

Así mismo, DECLARO que, en caso de que mi estancia académica a la UPC se alargara, incrementaré el periodo de vigencia de los seguros que ya dispongo, o bien contrataré uno que cubra el periodo adicional de estancia.

En el caso de no tener cubierto alguno de los conceptos descritos anteriormente me COMPROMETO a contratar un seguro que los cubra en el plazo máximo de 2 meses.

Finalmente, manifiesto estar informado que la UPC queda exonerada de cualquier gasto derivado de mi estancia y que en ningún caso no se hará responsable de ningún gasto asistencial, en especial los gastos materiales derivados de robos o pérdida, gastos médicos u hospitalarios, de traslados, o de repatriación.

Y para que conste a todos los efectos, firmo esta declaración

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **Fecha** |  | **Firma** |