

Axa Assicurazioni Spa
Agenzia Gamboni S.r.l. Perugia
Via Campo di Marte,13 D/E
06126 Perugia- Tel. 075/31645
Mail: unipg@gamboniassicurazioni.it

e p.c.
Ufficio Gare dell'Università degli Studi di Perugia

ALLEGATO A

Modulo di Missione estera in Paesi Extra UE.

La compilazione del presente foglio di missione è indispensabile per l'attivazione delle garanzie prestate dalla "POLIZZA DI COPERTURA SPESE MEDICHE A FAVORE DEI DIPENDENTI, COLLABORATORI, DOCENTI, STUDENTI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA DURANTE LE MISSIONI EFFETTUATE ALL'ESTERO NEI PAESI EXTRA UE" n° **410682620**, stipulata dall'Università degli Studi di Perugia con la Compagnia **AXA Assicurazioni Ag. Gamboni di Perugia con scadenza 31/12/2026.**

1. Nominativo:

Dipendente/Collaboratore/ Docente /Studente: _____

nato il _____ a _____ Prov. _____

Cod. Fiscale _____

2. Luogo estero di destinazione (Paese Extra UE)

Sede (Città) di _____

3. Durata della missione:

Data partenza: ____/____/____ alle ore _____

Data rientro: ____/____/____ alle ore _____

4. Indicare il proprio medico curante del Servizio Sanitario Nazionale (Cognome, Nome, Indirizzo, Telefono)

L'assicurato, sotto la sua propria responsabilità, all'atto della sottoscrizione del presente modulo dichiara:

- di non essere affetto da particolari o gravi patologie e di godere, allo stato attuale, di buone condizioni fisiche;
- di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, sia sensibili sia comuni, esclusivamente per finalità assicurative;
- di non avere avuto polizze di assicurazione contro il rischio di malattia annullate;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Data ____/____/____

Firma Assicurato _____

Timbro e Firma _____

(del soggetto che rilascia autorizzazione per conto dell'Università)