



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SEGURO PARA LA ESTANCIA ACADÉMICA EN LA UPC

DNI/NIF o NIE	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE	
UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA	
CURSO	20__ / 20__

DECLARO bajo mi responsabilidad la cobertura de los siguientes conceptos:

COBERTURA: ASISTENCIA SANITARIA		
<input type="checkbox"/>	Pruebas diagnósticas	
<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas	
<input type="checkbox"/>	Seguridad Social	Núm. de afiliación:
<input type="checkbox"/>	Otra mutua (<i>Muface, Asepeyo...</i>):	Nº póliza:
<input type="checkbox"/>	Compañía de seguros (<i>especificar</i>):	Nº póliza:
<input type="checkbox"/>	No cubierto	

COBERTURA: ACCIDENTES		
<input type="checkbox"/>	Indemnización per minusvalía permanente	
<input type="checkbox"/>	Indemnización per defunción	
<input type="checkbox"/>	Compañía de seguros (<i>especificar</i>):	Nº póliza:
<input type="checkbox"/>	No cubierto	

COBERTURA: TRASLADO DE RESTOS MORTALES		
<input type="checkbox"/>	Compañía de seguros (<i>especificar</i>):	Nº póliza:
<input type="checkbox"/>	No cubierto	

COBERTURA: RESPONSABILIDAD CIVIL		
<input type="checkbox"/>	Compañía de seguros (<i>especificar</i>):	Nº póliza:
<input type="checkbox"/>	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