**Atestación de condiciones de los Seguros exigidos por la UPV/EHU**

**(SOLO PARA ESTUDIANTES DE INTERCAMBIO)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad de origen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de acogida en la UPV/EHU:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Soy consciente de que la UPV/EHU solicita a los estudiantes de intercambio tener un seguro de asistencia sanitaria y farmacéutica, que además tenga incluidas las coberturas ilimitadas de repatriación y evacuación/traslado sanitarios y cubra toda su estadía en España. Mi seguro actual cubre los siguientes conceptos y cantidades: |
| **CONCEPTO** | **Cobertura (en Euros)** |
| Gastos médicos en caso de accidente / enfermedad  |  |
| Repatriación de los restos  | ilimitada |
| Evacuación sanitaria  | ilimitada |
| Indemnización por muerte accidental  |  |
| Indemnización por invalidez derivada de accidente |  |
| Pago directo en el hospital  | SI /NO |
| Pago directo al hospital en caso de evacuación médica  | SI /NO |

Yo **declaro** que he dicho la verdad sobre la cobertura de mi seguro de gastos médicos y en prueba de ello aporto copia del siguiente documento:

1. Póliza/carta de la compañía de seguro de gastos médicos en la que queden claramente resaltados los conceptos y coberturas que cumplen con las exigencias mínimas (en verde).

La Universidad de origen tiene conocimiento de la exigencia manifestada en este formulario y en prueba de ello firma y sella el presente documento al pie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante Nombre del representante de la universidad Firma y sello de la universidad

**Datos del seguro (es obligatorio rellenar este campo)**

Nombre de la compañía\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Válido de (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto en caso de emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*La compañía de seguros debe estar autorizada para operar en España, según exigencias del artículo 38.1.4º del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009.

EN CASO DE NO DISPONER DE SEGURO O PARA EL CASO DE QUE DICHO SEGURO NO TENGA COBERTURA DE GASTOS ILIMITADOS PARA REPATRIACIÓN Y TRASLADO SANITARIOS EL ESTUDIANTE PODRÁ CONTRATAR ***IN SITU*** UNA PÓLIZA QUE CUMPLA LAS CONDICIONES MÍNIMAS (información sobre las alternativas les será suministrada en el Help Centre).