**DECLARACIÓN RESPONSABLE COBERTURAS SEGURO PARA PERIODO ACADÉMICO EN LA UPC**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasaporte/Carta de identidad** |  |
| **NOMBRE Y APELLIDOS ESTUDIANTE** |  |
| **UNIVERSIDAD DE DESTINO** |  |
| **PERIODO ACADÉMICO** | 20\_\_\_ / 20 \_\_\_ |

Manifiesto que he sido informado por la UPC de las coberturas que debo tener contratadas durante mi estancia en la UPC y que en ningún caso, la universidad se hará responsable de gastos médicos, pérdidas o robos, así como gastos en derivados de ingreso hospitalario, accidentes o repatriación de cadáver.

Certifico, que en caso de asistencia, accidente o muerte, estoy asegurado de las coberturas pueda necesitar durante mi periodo de movilidad:

|  |
| --- |
| **COBERTURA SANITARIA** |
| Diagnósticos y pruebas médicas |
| Intervenciones quirúrgicas |

|  |
| --- |
| **ACCIDENTES DURANTE LA ESTANCIA O VIAJE** |
| Compensación por incapacidad permanente |
| Compensación por fallecimiento |

|  |
| --- |
| **REPATRIACIÓN DE CADÁVER** |

|  |
| --- |
| **DAÑO A TERCEROS** |

Así, firmo esta declaración,

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