

# Università degli Studi di Perugia

Piazza dell'Università,1

06123 Perugia

## Allegato A

### Modulo di Missione estera in Paesi Extra Europei

La compilazione del presente foglio di missione è indispensabile per l'attivazione delle garanzie prestate dalla polizza "Rimborso Spese Mediche" n° **M/952256**, stipulata dall'Università degli Studi di Perugia con la Compagnia **AXA Assicurazioni**.

1. Nominativo: Dipendente/Collaboratore/Studente/Docente: \_\_\_\_\_ nato  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

2. Luogo estero di destinazione (Paese Extra Europeo) \_\_\_\_\_  
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, preso atto dell'informativa rilasciata dalla Compagnia di assicurazione....., ai sensi degli artt.23,26 e 43 del D.Lgs 30.06.2003 n° 196, 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)