**CERTIFICAT EXISTENCIA COBERTURA ASSEGURANÇA**

**DADES DE L’ASSEGURAT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms |  |
| DNI/Passaport |  |
| Programa de mobilitat |  |
| País Origen |  |
| Durada de l’estada |  |

Certifico que tinc contractada una assegurança per el període (DATA INICI ESTADA – DATA FINALITZACIÓ ESTADA) , que compleix amb els requisits específics per al programa Erasmus+ Ka171 indicats en la convocatòria d’ajuts per mobilitat de personal per docència i per formació a tercers països no associats

**Requisits específics per al Programa Erasmus+ KA171**

Acreditar una assegurança mèdica amb cobertura fora del territori europeu, d’acord amb els requisits d’entrada al país de destí, durant tot el període d’estada. La UAB recomana que es contracti una assegurança que tingui un ***capital contractat de 300.000€***, que inclogui ***despeses mèdiques. Quirúrgiques i de responsabilitat civil al país de destinació.***

Em comprometo a mantenir en vigor la pòlissa d'assegurança que atorga les cobertures mínimes

indicades en els apartats anteriors fins al final de el curs, i notificar a la UAB qualsevol canvi que es

realitzi en les mateixes.

Exonero a la UAB de qualsevol responsabilitat davant de reclamacions relacionades amb la present

Informació.

Signatura: