

AXA ASSISTANCE
INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Carlo Pesenti, 121
00156 Roma

Agenzia Gamboni S.r.l. - Perugia
Via Campo di Marte, 13/D e 13/E
06124 Perugia
(tel. 075 - 31645)

Via mail all'indirizzo: unipg@gamboniassicurazioni.it

Allegato A

Modulo di Missione estera in Paesi Extra Europei/UE.

La compilazione del presente foglio di missione è indispensabile per l'attivazione delle garanzie prestate dalla polizza "Rimborso Spese Mediche" n° **406416435**, stipulata dall'Università degli Studi di Perugia con la Compagnia **AXA Assicurazioni Ag. Gamboni di Perugia con scadenza 31/12/2023** .

1. Nominativo:

nato il _____

a _____ Prov _____

Cod. Fiscale _____

2. Qualifica (specificare):

Dipendente: _____

Collaboratore: _____

Studente: _____

Docente: _____

3. Luogo estero di destinazione:

Paese Extra Europeo: _____

Paese UE: _____

Sede: _____ (Città)

Istituzione: _____

4. Durata della missione:

Data partenza: ____/____/____ alle ore _____

Data rientro: ____/____/____ alle ore _____

5. Medico curante del Servizio Sanitario Nazionale

(Cognome, Nome, Indirizzo, Telefono)

L'assicurato, sotto la sua responsabilità, con la sottoscrizione del presente modulo, preso atto dell'informativa rilasciata dalla Compagnia di assicurazione Axa assicurazioni Ag. Gamboni di Perugia ai sensi degli artt. 13, paragrafo 1, e 14, paragrafo 1, del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (RGPD)

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 Responsabile che rilascia autorizzazione per conto dell'Università)