



D./D^a _____ con DNI _____, estudiante de la Universidad de Málaga, que va a realizar un periodo de movilidad Erasmus+ entre el _____ y el _____, en *NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE DESTINO (CÓDIGO ERASMUS+ UNIVERSIDAD DE DESTINO)*

declara bajo su responsabilidad que a la fecha de esta declaración cuenta con un seguro de asistencia médica y asistencia en viaje que incluye las siguientes coberturas mínimas:

Garantías y coberturas	Límites
Asistencia médica y sanitaria en el extranjero	Hasta 200.000 €
Accidentes durante el viaje en el caso de fallecimiento	Hasta 50.000 €
Accidentes durante el viaje en el caso de invalidez permanente	Hasta 50.000 €
Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos	Ilimitado
Repatriación o transporte del asegurado fallecido	Ilimitado
Desplazamiento de 1 familiar en caso de hospitalización superior a 5 días	Ilimitado
Desplazamiento de un familiar en caso de fallecimiento	Ilimitado
Envío de medicamentos en el extranjero	Incluido
Responsabilidad Civil privada	Hasta 750.000 €

Declara asimismo que permanecerá asegurado/a durante todo el periodo arriba mencionado, y que, en caso de ampliación del periodo de movilidad, contratará la extensión de las citadas coberturas hasta el final del periodo de movilidad.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del/la participante