



D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ personal de la  
Universidad de Málaga, que va a realizar un periodo de movilidad internacional para  
\_\_\_\_\_ entre el \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_

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
Gastos médicos, farmacéuticos y de hospitalización en país de origen en el extranjero	Hasta 200.000 €
Accidentes personales	Hasta 60.000 €
Responsabilidad Civil privado	Hasta 60.000 €
Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero	150 € por siniestro y año
Repatriación o transporte sanitario de herido s o enfermos	La totalidad de su coste
Desplazamiento de 1 familiar en caso de hospitalización superior a 5 días	La totalidad de su coste
Repatriación o transporte del asegurado fallecido	La totalidad de su coste
Desplazamiento de un familiar en caso de fallecimiento	La totalidad de su coste
Envío de medicamentos en el extranjero	La totalidad de su coste
Búsqueda localización y envío de equipajes extraviados	La totalidad de su coste
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Servicio de información	Incluido
Información legal en el extranjero	Incluido

Declara asimismo que permanecerá asegurado/a durante todo el periodo de movilidad arriba  
mencionado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del/ la participante