



Universidad
de Navarra

ANEXO

D./D.ª

(Nombre y Apellidos)

Con número de pasaporte:

DECLARA que ha leído la información sobre seguros médicos publicados en la página web <http://www.unav.edu/web/admision-y-ayudas/asistencia-sanitaria/estudiantes-internacionales> y que ha sido informado de que debe contar con un seguro de asistencia sanitaria.

- 1) En el caso de ciudadanos de la Unión Europea, será necesario obtener la Tarjeta Sanitaria Europea antes de abandonar el país de origen, con la finalidad de poder recibir tratamiento en España. Asimismo, está informado del tipo de cobertura ofrecida por el sistema español de Seguridad Social.
- 2) En el caso de ciudadanos procedentes de países que poseen acuerdo con España (Andorra, Brasil y Chile), será necesario obtener la autorización requerida antes de abandonar el país de origen, con la finalidad de recibir tratamiento en España. Asimismo está informado del tipo de cobertura ofrecida por el sistema español de Seguridad Social
- 3) Está informado además de que la Universidad de Navarra ofrece, en el caso de que no sea ciudadano de los países mencionados en los párrafos 1 y 2, un seguro privado, como los seguros ofrecidos por MAPFRE y ACUNSA. Además, incluso en el caso de ser ciudadano de uno de esos países y haya obtenido la Tarjeta Sanitaria Europea, o la autorización requerida, podrá contratar uno de esos seguros si lo desea.
- 4) Además asume la responsabilidad de los riesgos y los gastos en los que incurra en el caso de no tener contratado un seguro de asistencia sanitaria.

Pamplona,de.....de.....

Firma: