

**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](mailto: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° **410682620**, stipulata dall'Università degli Studi di Perugia con la Compagnia **AXA Assicurazioni Ag. Gamboni di Perugia con scadenza 31/12/2026.**

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)