

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a _____, estudiante
procedente de la Universidad de _____, con número de
pasaporte/ID _____, y que ha sido aceptado/a como **estudiante de
intercambio de movilidad ERASMUS+** durante el curso 2024/2025.

Declaro bajo mi responsabilidad:

Que soy titular de la Tarjeta Sanitaria Europea.

- Que tengo contratado un seguro complementario que cubre la repatriación en caso de fallecimiento, enfermedad o accidente.
- Mi seguro complementario no exige abonar cantidades por anticipado en España en caso de intervención quirúrgica.

Compañía de Seguros:

Nº Póliza:

Tlfno. de contacto en caso de accidente:

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en

_____ a ____/____/____

Firmado: _____