

**MODULO DI ADESIONE**  
alla  
**CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA**  
**N° 39411Q**

NICOD \_\_\_\_\_  
(numero di pratica)

ASSICURATO			
Cognome:	_____	Nome	_____
Nato il:	_____	a:	_____
Residente in:	_____		
Città:	_____	Cap:	_____ Prov: _____
C.F./P.I.:	_____		

SOGGETTI ASSICURATI	
Cognome	Nome
2° Assicurato	_____
3° Assicurato	_____
4° Assicurato	_____
5° Assicurato	_____
6° Assicurato	_____
N° Assicurati	<input type="text" value="0"/>

DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE	
Data Inizio Viaggio/Soggiorno dalle ore 24:00 del:	_____ Data Fine Viaggio/Soggiorno alle ore 24:00 del: _____
Data prenotazione Viaggio/Soggiorno	_____

PREMIO ASSICURATIVO	
PREMIO PRO CAPITE	12,00 €
di cui Imposte	2,10 €
PREMIO TOTALE	<input type="text"/>
di cui Imposte	<input type="text"/>

Dichiaro di essere a conoscenza che Nicolaus Tour srl ha sottoscritto per conto dei propri clienti con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n° 39411Q

Dichiaro, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 C.C. i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Dichiaro di sottoscrivere il presente Modulo di Adesione provvedendo contestualmente al pagamento del premio di polizza riportato nel Modulo stesso alla sezione PREMIO ASSICURATIVO.

Art. - Altre assicurazioni  
Art. - Termini di prescrizione  
Art. - Esclusioni  
Art. - Limitazioni delle garanzie  
Art. - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro  
Art. - Criteri per la liquidazione del danno

Sono consapevole che il pacchetto turistico prescelto comprende un prodotto assicurativo a copertura dei seguenti rischi: Annullamento viaggio, Rimborso quota viaggio

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente Modulo di adesione il Set Informativo previsto dal Regolamento IVASS 41/2018 comprensivo delle Condizioni di Assicurazione Mod. TAD366/2 oltre all'Informativa sul trattamento dei dati, di averle lette e accettarle in ogni loro parte, con particolare riferimento a esclusioni e limitazioni di copertura. Mi impegno a far conoscere le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa sul trattamento dei dati agli altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza delle stesse.

\_\_\_\_\_ Data e firma dell'Assicurato

Prendo atto, ai sensi dell'Art. 180 del Decreto Legislativo nr. 209/2005 che la Contraente ed Europ Assistance hanno convenuto di sottoporre il contratto di assicurazione alla legislazione italiana, accettando quanto convenuto.

**AVVERTENZE**

\_\_\_\_\_ Data e firma dell'Assicurato

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione/garanzia.

**Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi**

Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della polizza da parte di Europ Assistance Italia e dei soggetti indicati nell'Informativa. Mi impegno a portare a conoscenza di tutti quei soggetti, i cui dati personali potranno essere trattati per la gestione della polizza, del contenuto dell'Informativa e di acquisire dagli stessi il consenso al trattamento dei loro dati.

Per questo contratto l'impresa non dispone di un'area internet riservata all'Assicurato (c.d. home insurance), pertanto dopo la sottoscrizione non potrai consultare tale area, né utilizzarla per gestire telematicamente il contratto medesimo.

\_\_\_\_\_ Data e firma dell'Assicurato

Nel caso di acquisto tramite sito internet o tramite call center, La preghiamo di voler restituire ad Europ Assistance il presente Modulo di Adesione, debitamente compilato e sottoscritto, ai seguenti indirizzi:

- via fax, al numero 02/58.47.70.67  
oppure  
- via e-mail, all'indirizzo webto@europassistance.it  
oppure  
- via posta, all'indirizzo Europ Assistance Italia S.p.A. c/o Ufficio Gestione Portafoglio e Contratti, Piazza Trento n. 8 - 20135 Milano