

MODULO DI ADESIONE
alla
CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA
N° **40425Q**

RACV _____
(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	25,00 €	di cui Imposte	4,38 €
PREMIO TOTALE	0,00 €	di cui Imposte	0,00 €

Dichiaro di essere a conoscenza che la Contraente ha sottoscritto per conto dei propri clienti con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n°40425Q

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

Sono consapevole che il pacchetto turistico prescelto comprende un prodotto assicurativo a copertura dei seguenti rischi: Annullamento viaggio per Covid-19 e Rimborso Quota viaggio per Covid-19.

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.TAD413/2 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.

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.

Data e firma dell'Assicurato

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.

Data e firma dell'Assicurato

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

- 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

Data e firma dell'Assicurato

AVVERTENZE

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.

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.

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, Via del Mulino n. 4 - 20057 Assago (MI)