









## **MODULO DI ADESIONE**

## ALLA POLIZZA COLLETTIVA n. IY409999707 DI ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE

Contraente: NICOLAUS TOUR SRL Numero di pratica Tour Operator:	
Sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato, l'intermediario dichiara che il contratto è coerente con le richieste ed esigenze di quest'ultimo.	
Io sottoscritto, dichiaro di aderire alla polizza assicurativa indicata in oggetto, per me stesso e per tutti gli altri partecipanti elencati nella prenotazione del Viaggio/Soggiorno presso il Tour Operator, abbinata alla polizza.	
GARANZIE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO PROPOSTO Annullamento o modifica del viaggio, Interruzione del viaggio, Ritardato arrivo a destinazione, Bagaglio, Spese mediche e Assistenza in viaggio, Infortuni di viaggio	
DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE Decorrenza e durata possono variare a seconda delle specifiche garanzie, si rimanda alla documentazione di polizza.	
Data Prenotazione Viaggio/Soggiorno	
Data inizio Viaggio/SoggiornoData fine Viaggio/Soggiorno	
PREMIO ASSICURATIVO  Per il premio assicurativo e per le imposte applicabili si rimanda alle condizioni di assicurazione contenute nel set informativo consegnato in fase pre-contrattuale.	
Firma Assicurato	
SONO CONSAPEVOLE che il Tour Operator (il Contraente) ha sottoscritto la polizza assicurativa con Allianz Global Assistance (un marchio di AWP P&C SRappresentanza Generale per l'Italia, che identifica la Società stessa ) per conto dei propri Clienti.	5.A.,
Agli effetti della validità della suddetta convenzione assicurativa, DICHIARO espressamente di: a) essere consapevole che l'adesione alla polizza assicura è facoltativa; b) aver interesse alla stipulazione del Contratto di Assicurazione ai sensi dell'art. 1904 c.c.; c) aver ricevuto, prima della sottoscrizione presente modulo di adesione, il set informativo (così come previsto dagli degli artt. 120 e 185 del D. Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 e da Regolamento IV. n. 41/2018) comprensivo dei Termini e Condizioni di Assicurazione e di informativa privacy; d) accettare le Condizioni di Assicurazione in ogni loro po con particolare riferimento a esdusioni e limitazioni di copertura.	del ASS
MI IMPEGNO a far conoscere le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa Privacy agli altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza d stesse.	elle
Luogo e dataFirma Assicurato	
Polizza n. IY409999707— Allegato 4 Documenti da consegnare all'Assicurato- Modulo di adesione - Pag 1	 di 1

AWP P&C S.A.

Sede Legale 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen France

Capitale Sociale € 18.510.562,50

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) il 1 febbraio 2010

Registro delle Imprese e delle Società Francesi n. 519490080

Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia

Viale Brenta, 32 - 20139 Milano (Italia) Tel: 02.23695.1

www.allianz-partners.it

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano n. 07235560963 - Rea 1945496

Abilitata all'esercizio dell'attività Assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta in data 3 novembre 2010 al n. I.00090, all'appendice dell'albo Imprese Assicurative, Elenco I

