

MODULO DI ADESIONE
alla
CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA
N° **39511Q**

IMPOP _____

(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"/>	

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 _____ **35,00 €** _____ **di cui Imposte** _____ **4,85 €** _____

PREMIO TOTALE _____ **di cui Imposte** _____

* Trovi la spaccatura del premio per ramo nelle Condizioni di Assicurazione

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°39511Q

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 l'assicurazione prescelta è a copertura dei seguenti rischi: malattia e spese mediche, danni alle cose (con particolare riferimento al bagaglio), Annullamento viaggio, Rifacimento viaggio, Ritardo aereo

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. TAD388/2 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, Piazza Trento n. 8 - 20135 Milano

MODULO DI ADESIONE
alla
CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA
N° 39512Q

IMPCO

(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"/>	

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 _____	20,00 €	di cui Imposte _____	2,96 €
PREMIO TOTALE _____		di cui Imposte _____	

* Trovi la spaccatura del premio per ramo nelle Condizioni di Assicurazione

Dichiaro di essere a conoscenza che Imperatore Travel S.r.l. ha sottoscritto per conto dei propri clienti con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n° 39512Q

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 l'assicurazione prescelta è a copertura dei seguenti rischi: Annullamento Covid-19, Assistenza in Viaggio per Covid-19, spese mediche e spese di albergo/locazione nel periodo di prolungamento del soggiorno, Rimborso Quota viaggio, Indennitaria da ricovero.

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. TAD389/2 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 digitalmente i tuoi dati anagrafici presenti nel contratto.

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