

MODULO DI ADESIONE
alla
CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA
N° **40277Q**

ASSICURATO

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

DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Decorrenza dalle ore 24:00 del: _____ Scadenza alle ore 24:00 del: **365° GIORNO SUCC.**

PREMIO ASSICURATIVO*

PREMIO pro-capite	0,00 €	di cui Imposte	0,00 €
PREMIO TOTALE	0,00 €	di cui Imposte	0,00 €

* 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°40277Q

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

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'Art. 56 del Reg. IVASS n. 40/2018 secondo le modalità concordate tra la Contraente ed Europ Assistance. 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.21467 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 dispone di un'area internet riservata all' Assicurato (c.d. home insurance), pertanto dopo la sottoscrizione potrai consultare tale area, e utilizzarla per gestire telematicamente il contratto medesimo.

