

**MODULO DI ADESIONE**  
 alla  
**CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA**  
 N° 37624Q

**ASSICURATO**

Cognome:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Nome:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nato il:	<input style="width: 25%;" type="text"/>	a:	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Residente in:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Città:	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Cap:	<input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> Prov: <input style="width: 10%;" type="text"/>
C.F.:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

**DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

Data inizio Viaggio/Locazione	Data fine viaggio/locazione:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**PREMIO ASSICURATIVO**

<b>PREMIO LORDO</b> (a persona)	<b>Euro 45,00</b>	<b>di cui imposte</b> <small>(aliquota 2,50%)</small>	<b>Euro 1,10</b>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Dichiaro di essere a conoscenza che GIVER Viaggi e Crociere S.r.l. ha sottoscritto per conto dei propri clienti con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n°37624Q

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: Integrazione spese mediche.

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. TAD299/2 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.

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

Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali ivi inclusi dati sanitari e/o relativi a reati e condanne penali 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

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.

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. Legge regolatrice della Polizza e Giurisdizione; Art. Forma del contratto; Art. Premio; Art. Trattamento dei dati personali; Art. Decorrenza e durata dell'Assicurazione.; Art.Oggetto dell'Assicurazione ; Art. Esclusioni; Art. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. Segreto professionale.

\_\_\_\_\_

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, 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 Contracts Portfolio Management- Piazza Trento 8, 20135 Milano